



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC

Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Sílvia Rosa de Castro Fernandes



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Sílvia Rosa de Castro Fernandes

Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC

Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Salete Soares

Junho de 2019

RESUMO

Em Portugal, e no mundo, as doenças respiratórias, nomeadamente as doenças respiratórias crónicas, continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência, constituindo uma das principais preocupações de todas as entidades de saúde a nível mundial. De entre essas doenças destaca-se a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), sendo reconhecida pela OMS como a única doença crónica, a nível mundial, com tendência a aumentar.

Em Portugal a DPOC afeta cerca de 800 mil pessoas, no entanto, esta é uma doença subdiagnosticada e subtratada, em que os estudos epidemiológicos apontam para que afete 14,2 % da população com mais de 40 anos (ONDR, 2018).

A DPOC é uma doença que se integra plenamente no conceito de *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), segundo um estudo de caracterização da utilização hospitalar nos anos compreendidos entre 2004 e 2012, realizado em 2013 pela IASIST.

Estando consciente para esta problemática, e lembrando que esta é uma doença prevenível e tratável, cuja deteção precoce e um tratamento adequado numa fase inicial da doença leva ao atraso das complicações da mesma, sendo a única forma de evitar a sua progressão natural, o investigador pretende despertar a atenção para a importância do “Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC”, destacando os “Contributos da Enfermagem de Reabilitação” que é o impulsionador deste trabalho, dado que se insere no âmbito do IV Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

O objetivo geral deste estudo é compreender os ganhos em saúde obtidos a partir do diagnóstico e tratamento precoce na DPOC, nomeadamente através da educação para a saúde.

O presente estudo enquadra-se na metodologia do tipo investigação-ação com recurso ao paradigma qualitativo, que recorreu à entrevista semiestruturada a 10 utentes com DPOC recentemente diagnosticado, que pertencem a uma USF, sendo realizadas duas entrevistas, uma antes das sessões de educação para a saúde e outra depois das sessões.

Nesta esteira foram planeadas e realizadas 3 sessões de educação para a saúde sobre a DPOC. Os resultados demonstram um aumento da literacia, através da compreensão dos fatores de risco, das medidas terapêuticas e preventivas a adotar no sentido de evitar complicações e exacerbações e, ainda, da informação sobre os recursos da comunidade existentes e consequentemente uma maior consciencialização para a doença e para a

auto-gestão da mesma. No final do estudo verificamos que todos os participantes valorizaram o papel do enfermeiro especialista de reabilitação, compreendendo as suas competências e a importância do seu contributo.

Palavras-chave: DPOC; Diagnóstico precoce; Tratamento precoce; Ganhos em saúde; Promoção da saúde; Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

ABSTRACT

In Portugal, and in the world, respiratory diseases, such as chronic respiratory diseases, continue to be a major cause of morbidity and mortality, with a clear trend towards increasing their prevalence, being a major concern of all health entities worldwide. Among these diseases, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) stands out, being recognized by the WHO as the only chronic disease worldwide, with a tendency to increase.

In Portugal, COPD affects around 800,000 people. However, this is an underdiagnosed and under-treated disease, epidemiological studies indicating that it affects 14.2% of the population over 40 years old (ONDR, 2018).

COPD is a disease that is fully integrated into the concept of Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), according to a study concerning the characterization of hospital use from 2004 to 2012, conducted in 2013 by IASIST.

Being aware of this problem, and remembering that this is a preventable and treatable disease, whose early detection and proper treatment at an early stage leads to delays in its, this being the only way to avoid its natural progression, the investigator aims to raise awareness of the importance of the "Early Diagnosis and Treatment of COPD", highlighting the "Rehabilitation Nursing Contributions", which is the driving force behind this work, since it is part of the IV Master's Degree Course in Rehabilitation Nursing.

The general objective of this study is to understand the health gains obtained from the diagnosis and early treatment in COPD, namely through health education.

The present study is part of a research-action methodology using the qualitative paradigm, which resorted to the semi-structured interview to 10 patients with newly diagnosed COPD, who belong to a FHU (Family Health Unit). Two interviews were conducted, one prior to the health education sessions and another after them.

In this context, 3 health education sessions on COPD were planned and conducted. The results demonstrate an increase in literacy, through the understanding of risk factors, the therapeutic and preventive measures to be adopted in order to avoid complications and exacerbations, as well as information about the existing community resources and, consequently, greater awareness of the disease and of its self-management. At the end of the study, we verified that all the participants valued the role of rehabilitation nurses, understanding their skills and the importance of their contribution.

Keywords: COPD; Early diagnosis; Early treatment; Health gains; Health promotion; Rehabilitation nurse.

AGRADECIMENTOS

Chegados ao fim deste longo percurso, tão complexo e tão rico em aprendizagens, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para o termo deste trabalho. A todos um sentido obrigado!

À minha orientadora, Professora Doutora Salete Soares, pela sua dedicação, estímulo, motivação e pela sua disponibilidade e orientação metodológica e científica ao longo de todo este processo, sendo o seu apoio crucial para a realização deste trabalho. O meu muito obrigada de coração!

Um agradecimento especial a todos os que permitiram que este trabalho se realizasse, com as respetivas autorizações, nomeadamente: ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES do Grande Porto IV; à Comissão ética para a Saúde da ARS Norte e à Coordenadora da USF onde se realizou o estudo.

E a todos utentes com DPOC, que aceitaram participar neste estudo, pela sua cordialidade e pelo seu contributo, fica o meu profundo agradecimento.

Quero agradecer a todos os profissionais, que se cruzam comigo diariamente no meu local de trabalho, em especial a equipa de enfermagem, por vezes um sorriso e uma troca de palavras afetuosa fazem toda a diferença. Obrigada a vós: Ana Paula, Andreia, Carla, Cristina, Celeste, Mara, Raquel e à nossa querida “Chefinha”, Maria José Suarez. Muito obrigada pelo vosso apoio, carinho e por diariamente acompanharem as minhas dúvidas e inquietações e por compreenderem que nem sempre é fácil conciliar a profissão com o mestrado. Mais do que colegas sois amigas, acho que isto diz tudo!...

Em último lugar aos meus amigos e à minha família, porque são a minha essência! Longe ou perto as vossas palavras e afetos são um incentivo e motivam-me nesta caminhada da vida, vocês sabem quem são! Um agradecimento especial aos meus pais, porque o vosso amor e força a cada dia da minha existência, foram fundamentais para que nunca deixasse de lutar pelos meus sonhos. À minha querida irmã que me apoiou com o seu carinho incondicional e com os seus conhecimentos de psicologia, que muito me ajudaram. Obrigada por estares sempre lá, em todos os momentos! Obrigada aos “meus pequeninos”, ao Rodrigo e à Carolina, que com os seus sorrisos, os seus abraços e as suas brincadeiras de crianças, motivaram e deram luz os meus dias. Bem – hajam!...

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que diariamente trazem consigo a missão de fazer deste mundo um melhor lugar para se viver...

Àqueles que trazem consigo a missão de prestar cuidados de saúde com qualidade, cuidados acessíveis e equitativos...

E que exercem a sua profissão com um nível profissional ótimo, mas simultaneamente com Humanismo, colocando-se no lugar do outro...

A todos aqueles que colocam amor em tudo o que fazem...

Dedico este trabalho a todos àqueles que independentemente do que a vida lhe traga, nunca perdem a esperança...

Dedico este trabalho a todos aqueles que querem mudar o mundo e tem a coragem de começar por si!...

Dedico também a todos aqueles que investem nos trabalhos de investigação, porque só assim o conhecimento evolui!...

E, como não poderia deixar de ser, dedico este trabalho a todos aqueles que me fizeram ver que “O sonho comanda a vida!”, que “O corpo alcança o que a mente acredita!” e que “Tudo vale a pena quando a alma não é pequena!”

E por último, porque é o motor deste trabalho, dedico a todos os que me fizeram gostar desta especialidade, que agora “não quero mais largar”, que é a Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente aos professores e orientadores de estagio que muito me ensinaram, e aos meus colegas de mestrado pelas trocas de conhecimentos e pelo seu companheirismo...

A quem cuidou de mim quando mais precisei, com a sua experiência em Reabilitação funcional respiratória, em 2006...

Dedico à querida Catarina Mesquita pela excelente pessoa e amiga que é e pela disponibilidade com os seus conhecimentos na área de trabalhos científicos. E à minha amiga, enfermeira especialista em reabilitação em Guimarães, Sandra Azevedo pela partilha de conhecimentos...

Este amor pela especialidade de reabilitação, veio juntar-se ao amor que já tinha pela profissão de enfermagem, porque a “enfermagem é gente que cuida de gente!” ...

“No meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Tenho muito poucos motivos para interagir diretamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como doenças inevitáveis ou os acidentes. Quando tenho de ir a um centro de saúde para cuidados de saúde proactivos ou a um hospital para um tratamento urgente ou devido a dificuldades de saúde graves, o meu problema é resolvido de forma profissional e humana, tão rapidamente quanto possível”

Lynn Archibald

“Eu aprendi que a coragem não é a ausência de medo, mas o triunfo sobre ele. O Homem Corajoso não é aquele que não sente medo, mas aquele que conquista por cima do medo.”

Nelson Mandela

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO PRECOCE DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA - CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	5
1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Definição, Etiopatologia e Fatores de Risco	6
1.2. Importância do diagnóstico e tratamento precoce da DPOC	12
1.3. Ganhos em Saúde através do Diagnóstico e Tratamento Precoces da DPOC	18
1.4. Os Benefícios da Educação para a saúde na DPOC	20
1.5. A cessação tabágica como medida fundamental na prevenção e tratamento da DPOC.	22
1.6. Sentimentos face ao Diagnóstico de DPOC.....	24
1.7. O Papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação - A Promoção da saúde na DPOC .	27
CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	41
2.1. Problemática	42
2.2. Questão de Investigação e Objetivos.....	43
2.3. Tipo de Estudo.....	44
2.4. Contexto e Participantes	45
2.4. Instrumentos e Procedimento de Recolha de dados	51
2.5. Procedimento de análise de dados.....	55
2.6. Considerações Éticas	56
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
3.1. Análise das entrevistas antes das sessões de educação para a saúde.....	59
3.2. Apresentação, análise e discussão dos Resultados, após as sessões de educação para a saúde	83
CONCLUSÕES	122
Referências Bibliográficas	125
ANEXOS	134
Anexo A	135
Autorização do Concelho Clínico e de Saúde	135
Anexo B	138
Formulário Comissão Nacional de Proteção de Dados	138
Anexo C	142
Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	142
Anexo D	146

Autorização da Comissão de Ética	146
Apêndices	150
Apêndice A	151
Guião da Entrevista Antes das Sessões de Educação.....	151
Apêndice B	153
Guião da Entrevista Depois das Sessões de Educação.....	153
Apêndice C.....	155
Consentimento Informado.....	155
Apêndice D	157
Folha de Registo de Dados	157
Apêndice E.....	159
Documentos Fornecidos aos participantes nas sessões	159
Apêndice F.....	166
Matriz Final de Dados Pré – Sessões	166
Apêndice G	174
Matriz Final de dados Pós – Sessões	174

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Graus de Gravidade da DPOC.....	13
Quadro 2. Caraterísticas Sociodemográficas dos Participantes.....	47
Quadro 3. Distribuição de Dados Clínicos.....	49
Quadro 4. Áreas Temática, Categorias e Subcategorias- Pré- Sessões	60
Quadro 5. Áreas Temáticas, categorias e Subcategorias- Pós-Sessões.....	84

SIGLAS

AAT- Alfa-1 Antitripsina
AAVD- Atividades Avançadas de Vida Diária
ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde
APER- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC- Acidente Vascular Cerebral
ABV – Atividades Básicas de Vida
ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD- Atividades de Vida Diária
BD- Broncodilatadores
COPD- Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSP- Cuidados de saúde Primários
CR- Cinesioterapia Respiratória
DECS- Descritores em Ciências da Saúde
DGS- Direção Geral de Saúde
DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DR- Diário da República
EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio
EPOC- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EpS – Educação para a Saúde
EER- Enfermeiro Especialista em Reabilitação
EPS- Educação Para a Saúde
EU- Estados Unidos
FEV 1- Volume Expiratório Máximo por Segundo
FEV1/FVC- Percentagem da capacidade vital forçada que se consegue expirar no primeiro segundo após uma inspiração máxima
FPP- Fundação Portuguesa do Pulmão
FVC- Capacidade Vital Forçada
GOLD- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
HTA- Hipertensão Arterial
IAN-AF- Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
IMC- Índice de Massa Corporal

MS- Ministério da Saúde
NO2- Dióxido de Azoto ou Dióxido de Nitrogénio
OE- Ordem Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONDR- Observatório Nacional Doenças Respiratórias
PNDR- Programa Nacional para as doenças Respiratórias
PNS- Plano Nacional Saúde
PRP- Programa de Reabilitação Pulmonar
PRR- Programa de Reabilitação Respiratória
RCAAP- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RFR- Reabilitação Funcional Respiratória
RR- Reabilitação Respiratória
SAOS- Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
SCIELO - Scientific Electronic Library online
SNS- Sistema Nacional de saúde
SU – Serviço de Urgência
TA- Tensão Arterial
TEP- Tromboembolismo Pulmonar
TV- Televisão
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UMA- Unidades Maço Ano
US- United States
USF- Unidade de Saúde Familiar
VNI- Ventilação Não Invasiva
WHO- World Health Organization

ABREVIATURAS

Cit. - *Citação*

Dr. – Doutor

enf.^a – *Enfermeira*

Et al. – Et alii (e outros)

n^o - número

p. – Página

Sr. - Senhor

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas são uma constante preocupação das entidades responsáveis pela saúde, sendo um grave problema de saúde pública mundial, quer pelo seu impacto socioeconómico, quer na qualidade de vida do utente.

A elevada prevalência das doenças pulmonares respiratórias em Portugal, determina que estas sejam a principal causa de procura de cuidados médicos e de incapacidade temporária, com efetivo impacto na qualidade de vida da pessoa (Cordeiro e Menoita, 2012). Entre essas doenças destaca-se a Doença Pulmonar Obstrutiva crónica (DPOC), pela sua incurabilidade e prevalência, que tem vindo a aumentar.

A DPOC é uma doença crónica, obstrutiva, que pertence ao grupo de doenças respiratórias não transmissíveis. Segundo a GOLD (2017) esta é atualmente definida como uma doença comum, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes, bem como limitação do fluxo aéreo resultante de alterações nas vias aéreas e alvéolos causadas por exposições, significativas a partículas e gases nocivos.

Esta é uma doença de evolução lenta e progressiva, que pode agravar-se sem o tratamento adequado, comprometendo significativamente a qualidade de vida. O sintoma mais frequente é a sensação de falta de ar, que se vai agravando com o seu desenvolvimento e pode conduzir a limitações graves, nomeadamente no desempenho das atividades de vida diária (OE 2017).

A pertinência deste estudo e a sua pesquisa prende-se com o fato da DPOC ser das principais causas de morbilidade crónica e mortalidade no idoso (DGS, 2009). sendo também responsável pelo consumo elevado de fármacos, de oxigenioterapia, de ventiloterapia domiciliária de longa duração e de recursos de saúde associados à elevada frequência das idas ao serviço de urgência e de internamentos hospitalares evitáveis, normalmente prolongados (DGS,2010 e Mendes,2013). Estes aspetos são importantes tendo em consideração que a esperança média de vida tem aumentado e a população está cada vez mais envelhecida, levando a gastos elevadíssimos na saúde com estes utentes, para além de poder causar grande sofrimento nos mesmos e nos seus familiares/prestadores de cuidados.

Outra alavanca e sustentação deste trabalho de investigação, salienta-se no fato desta ser uma doença prevenível e tratável (GOLD ,2018), onde há um longo caminho a percorrer. O principal fator desencadeante da DPOC é o fumo do tabaco, tanto para fumadores ativos

como para os que a ele estão expostos passivamente, pelo que as medidas de cessação tabágica são uma estratégia crucial (DGS, 2017). A deteção precoce da DPOC e um tratamento adequado numa fase estável da doença, leva ao atraso das complicações da mesma, sendo a única forma de evitar a progressão desta doença. A sua gravidade varia de acordo com 4 estádios, sendo a sua gravidade crescente do I para o IV estágio. O diagnóstico num estágio I ou II é de melhor prognóstico.

Segundo a DGS (2007) quanto mais precoce for o diagnóstico de DPOC, mais possibilidades existem de se retardar a evolução natural da doença. A espirometria é o exame fundamental para a confirmação desta doença, que deve ser realizada sempre que exista suspeita da mesma, ou seja, sempre que a pessoa apresente fatores de risco ou na presença de sintomatologia.

Em Portugal, segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2018) a prevalência da DPOC é elevada, apontando para um valor de 14,2 % em indivíduos, com idade igual ou superior a 40 anos (contabilizando-se cerca de 800 mil pessoas).

Esta elevada prevalência, associada a um elevado número de casos da doença não diagnosticada (87%), vem fundamentar a importância da necessidade de um diagnóstico precoce, o que requer um investimento na sensibilização dos profissionais de saúde para a utilização da espirometria nos cuidados de saúde primários (Barbara e Cruz e Gomes, 2013).

Podemos concluir, que é de extrema importância a prevenção da doença, através do diagnóstico precoce e do “Cuidado integral” baseado em ações de vigilância e de educação de acordo com a evidência científica, que difunda o conhecimento da doença, estilos de vida saudáveis e diminuição da exposição a fatores de risco (DGS, 2011). Com a adoção destas medidas, evitamos as consequências negativas desta doença, levando a ganhos em saúde e acima de tudo a ganhos para o doente e sua família, aumentando a sua qualidade de vida.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mais concretamente numa USF, da ARS Norte, onde os enfermeiros de família fundamentados no conceito da Organização Mundial de Saúde e no Regulamento que delimita as suas competências (2010), estabelecem um contato privilegiado e direto com os utentes e suas famílias. São estes profissionais que inúmeras vezes fazem a ligação com outras equipas multidisciplinares, nomeadamente com as UCC, onde o Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) exerce a sua atividade na comunidade. É de salientar que ambos os profissionais privilegiam e tem entre as suas competências a educação para a saúde e

promoção da saúde, vendo a pessoa como um ser multidimensional. Neste contexto é fundamental motivar e incentivar a pessoa com o reforço positivo, mas respeitando sempre as suas opções e decisões.

O EER tem um papel crucial junto dos utentes com doenças respiratórias, nomeadamente com os doentes com DPOC, ambos são a essência deste trabalho.

Em todo o processo de reabilitação destes doentes o EER tem um papel preponderante, devido aos seus conhecimentos e competências específicas, compreendendo a reabilitação da pessoa em todas as suas dimensões, tendo entre os seus objetivos promover a autonomia do utente.

Na revisão da literatura foi efetuada pesquisa em bases de dados científicas, tais como, B on (Biblioteca on line), Google académico e repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC – ESS), repositório nacional (RCAAP), SCIELO (Scientific Eletronic Library on line) e com base numa abrangente literatura manual também ela certificada em dados científicos; a maioria da bibliografia é recente, respeitando os dez anos de abrangência cronológica, exceto em citações originais de autores conceituados. Como palavras-chave foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DECS), utilizados como palavras-chaves: DPOC; Diagnóstico precoce; Tratamento precoce; Ganhos em saúde; Promoção da saúde.

Após a elaboração da revisão da literatura de apoio à dissertação, torna-se imperativo a realização da 2ª etapa do processo de investigação, onde é fundamental apresentar a metodologia a ser utilizada no estudo de investigação e esquematizar todas as etapas da sua implementação, para que após a sua aprovação, se possa avançar para a sua aplicabilidade.

Pretende-se com este estudo, contribuir para a Promoção da Saúde das pessoas com DPOC partindo de um contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), pelo que pretendemos prosseguir, realizando simultaneamente pesquisa sobre conceitos inerentes à enfermagem de reabilitação, que é o motor impulsionador deste trabalho. Este cumpre todas as etapas do processo de investigação, nomeadamente o rigor científico e respeitando os princípios éticos fundamentais, dando obrigatoriamente resposta a uma exigência curricular por um lado, e a um objetivo pessoal, por outro, através da resposta a algumas questões de investigação que me inquietam.

No que concerne à sua estrutura, esta dissertação encontra-se dividida em três capítulos. No primeiro capítulo é contextualizado o trabalho e realizado o enquadramento teórico, onde abordamos o tema da DPOC, os seus fatores de risco e sua etiopatologia e se

concretiza a reflexão sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce. Nesta esteira é valorizado o papel do enfermeiro de reabilitação e são descritos os seus contributos junto destes doentes. Neste capítulo são também valorizadas as teorias de enfermagem, mais concretamente as teorias de: Orem e Meleis. Esta abordagem deve-se ao fato de atualmente se perceber que a aplicação de uma teoria na prática de enfermagem é essencial, sendo que a sua utilização permite a observação da prática de enfermagem, despertando interesse crescente por parte dos enfermeiros

Relativamente ao segundo capítulo descreve-se a metodologia e métodos de investigação, onde se faz referência à problemática, são descritos os objetivos de estudo, o tipo de estudo e participantes; instrumentos e procedimentos de recolha de dados, procedimentos de análise de dados e para finalizar este capítulo são apresentadas as considerações éticas.

No terceiro capítulo procede-se à análise e discussão dos resultados. E por fim são retiradas as conclusões.

**CAPITULO I - DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO PRECOCE DA DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA - CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

No capítulo I será realizado o enquadramento teórico, que é uma parte essencial de um trabalho de investigação. Nesta parte o investigador pretende apresentar os principais temas relacionados com o presente estudo, com base em autores e estudos atuais e credíveis, com base científica e em documentos publicados com critérios éticos. Nesta esteira é uma das pretensões dar resposta aos objetivos preconizados.

1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Definição, Etiopatologia e Fatores de Risco

Entre as doenças que mais matam no mundo estão as doenças respiratórias, sendo atualmente reconhecido o enorme impacto destas doenças, nomeadamente as doenças respiratórias crónicas não transmissíveis, ocupando nos países desenvolvidos o 2º lugar nas causas de mortalidade por doença, acrescentando-se a este fato o envelhecimento da população e a ainda elevada prevalência dos hábitos tabágicos.

A DPOC é uma das mais importantes causas respiratórias crónicas de mortalidade e de diminuição da qualidade de vida, é uma doença de frequência crescente, que se instala de forma silenciosa, sendo fundamental todos os profissionais de saúde terem formação atualizada relativamente a esta patologia, de modo a que sejam aproveitadas todas as oportunidades na sua prática profissional no sentido da prevenção, deteção dos sintomas e fatores de risco desta patologia, de modo a evitar o mais possível a progressão da doença.

Esta doença tem um grande impacto a nível mundial dado que afeta 63,6 milhões de utentes, dos quais 11,3 milhões deles na Europa, sendo a 4ª principal causa de morte no mundo. Em Portugal afeta 800 mil pessoas, sendo a sexta causa de morte (Marques [et al.], 2016).

A DPOC tem também a agravante de ser uma doença crónica, que resulta de danos causados nos pulmões durante muitos anos, cuja prevalência está tendencialmente a crescer, sendo por esse motivo uma preocupação constante de várias entidades e realçada por inúmeros autores.

Acresce dizer que a DPOC é uma doença em que os fatores comportamentais, são os maiores responsáveis pelo seu aparecimento, sendo uma doença prevenível, e quanto mais cedo detetada melhor o seu prognóstico. A Fundação Portuguesa do Pulmão salienta a importância da prevenção da doença, através do grande empenhamento na luta contra o tabagismo, sobretudo nos jovens e na sensibilização e diagnóstico precoce, através da realização de milhares de rastreios por todo o país e de aconselhamentos na sua página da Internet. Também é realçada a importância de não ignorarmos os sintomas como a

tosse e expetoração resistentes e a dispneia (cansaço para esforços moderados a pequenos), caso contrário a doença vai progredindo inexoravelmente (Araújo,2012).

Para melhor compreender a importância da DPOC parece fundamental primeiramente **definir o seu conceito**, os seus fatores de risco e a sua etiopatologia.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), a DPOC “é uma doença broncopulmonar que resulta de uma obstrução das vias aéreas e é frequentemente causada pela bronquite crónica ou pelo Enfisema. Estas duas patologias podem surgir isoladamente ou associadas”.

Também, Ramos (2016) corrobora que a DPOC: é uma doença respiratória que causa diminuição da capacidade respiratória e destruição do tecido pulmonar e que abraça um conjunto de doenças pulmonares, das quais se destacam duas: a bronquite crónica e o enfisema pulmonar.

Parece agora importante distinguir Bronquite crónica e enfisema pulmonar. Na Bronquite crónica os brônquios estão inflamados, inchados e com secreções espessas, e posteriormente podem obstruir-se impedindo o ar de sair dos pulmões. No enfisema os alvéolos estão lesados com perda de elasticidade do pulmão, nesse sentido os pulmões não se desinsuflam e o ar fica retido, logo a passagem de oxigénio dos alvéolos para o sangue é mais difícil. Em ambas as patologias ocorre falta de ar inicialmente com grandes esforços e depois no dia-a-dia. Na Bronquite também são sintomas caraterísticos a tosse e expetoração diárias, pieira ou chiadeira (Almeida [et al.], 2016).

A GOLD (2018) e a DGS (2013), definem que a, DPOC é uma patologia comum, tratável e passível de ser prevenida. Caraterizando-se por uma limitação persistente do fluxo de ar, normalmente progressiva no contexto de uma inflamação crónica das vias aéreas e do parênquima pulmonar em resposta a exposição a gases ou partículas nocivas.

Em relação à sua **etiopatogenia**, Araújo e Drummond, citado por Bugalho (2016), afirmam que na DPOC a inalação persistente de partículas ou gases nocivos origina alterações anatomopatológicas que ocorrem predominantemente nas vias aéreas, mas também no parênquima e na musculatura pulmonares. Deste modo ocorre uma inflamação crónica na via aérea, com hiperplasia das glândulas mucoides, fibrose e obstrução das pequenas vias aéreas. Em relação ao parênquima pulmonar pode observar-se uma destruição das estruturas distais ao bronquíolo terminal, resultando na presença de enfisema. Nos vasos pulmonares ocorre hiperplasia da íntima e do músculo liso e em contexto de vasoconstrição crónica secundária a hipoxia.

Importa também referir que a DPOC apresenta para além de **uma componente pulmonar**, uma **componente extrapulmonar**, que contribui para a gravidade da doença. O quadro clínico e as repercussões do estado geral de saúde da pessoa sofrem influência nas manifestações sistémicas da DPOC, sendo frequente a associação a outras doenças/alterações, nomeadamente, cardiovasculares, síndrome metabólica, osteoporose, perda de peso, disfunção músculo-esquelética, depressão e neoplasia do pulmão (Cordeiro e Menoita, 2012). Para além destas comorbilidades Araújo e Drummond (2016) salientam que também se associam à DPOC a SAOS, a obesidade, a disfunção cognitiva e a cardiopatia isquémica.

A DPOC é das poucas patologias respiratórias crónicas, com tendência a aumentar nas próximas décadas, devido a fatores como: o fumo do tabaco, as alterações climáticas e a poluição atmosférica. Sendo reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como a única doença crónica com tendência a aumentar até 2020 (Cordeiro e Menoita, 2012). Atualmente é a 4ª principal causa de morte no mundo, segundo GOLD (2018) será a terceira maior causa de morte até ao mesmo ano, representando um importante desafio da Saúde Pública.

Segundo a Aliança Mundial contra as Doenças Respiratórias Crónicas (2007), entre as principais doenças respiratórias crónicas evitáveis está a DPOC (Cordeiro e Menoita, 2012).

Segundo Araújo (2016) a DPOC atinge centenas de milhares de Portugueses, e sendo uma doença crónica, tendencialmente evolui para o agravamento e, ao dificultar em grau variável a função respiratória, pode levar à perda de qualidade de vida e limitação da capacidade para realizar as tarefas mais comuns.

A DPOC é uma das principais causas de morbimortalidade a nível mundial, com um profundo e crescente impacto a nível económico e social, estimando-se que em 2030 será a 3ª causa de mortalidade, a sétima no que concerne a perda de anos de vida ajustados à incapacidade (MARQUES [et.al.], 2016).

Segundo o Observatório Nacional Das Doenças Respiratórias (ONDR, 2018), a DPOC é uma doença Respiratória não transmissível, sendo que o número de utentes que padecem desta doença tem aumentado.

Em Portugal, apesar de apenas cerca de 6% da população portuguesa saber que tem DPOC, estima-se que a prevalência é de 14,2% da população portuguesa, nos indivíduos com mais de 40 anos de idade. Observa-se que a doença predomina no sexo masculino,

apesar de existir em ambos os sexos, sendo que em 2016, dos doentes internados por DPOC, 66% eram do sexo masculino (ONDR, 2017 e 2018).

Parece constatar-se um **subdiagnóstico da DPOC**, em 2016 apenas estavam referenciados como tendo DPOC 131.632 utentes dos Centros de Saúde. No entanto nota-se um crescimento, embora lento na referenciação. É de salientar que desses utentes referenciados, apenas 42.517 (32,3%) tinham o diagnóstico confirmado por espirometria, dado que vem reforçar a necessidade de expansão de uma rede nacional de espirometria (ONDR, 2018).

A DPOC é responsável por um enorme consumo de recursos de saúde, que muito se devem às consultas médicas frequentes, internamentos hospitalares, recurso ao serviço de urgência em contexto de exacerbações e carência de tratamento crónico (Bugalho, 2016). É de salientar que para além das consequências descritas anteriormente da DPOC, existe um elevado consumo de fármacos, necessidade de realizar oxigenoterapia, ventiloterapia e, ainda, numa fase terminal da doença sob terapêutica médica otimizada está indicado o transplante pulmonar (ONDR, 2018).

Segundo o ONDR (2018) o número de internamentos de utentes com diagnóstico principal de DPOC em Portugal continental tem vindo a sofrer uma redução, e são maioritariamente do sexo masculino, verificando-se em 2016 um total de 7,864 internamentos, traduzindo uma diminuição dos mesmos em 14,7% em 10 anos. Esta realidade sugere um razoável controlo da doença no ambulatório, no qual é fundamental continuar a investir, até porque a DPOC se encontra entre as três principais causas de internamento por doenças respiratórias.

No que concerne à mortalidade por DPOC, importa lembrar que segundo os últimos dados da GOLD (2018), mais de 3 milhões de pessoas morreram em 2012, contabilizando-se 6% das mortes globais. Em Portugal em 2016 a DPOC foi responsável por 2971 óbitos, o que corresponde a 20,7 % do total de óbitos registados por doenças respiratórias. Destes 1762 (63%) são do sexo masculino e 1029 (37%) do sexo feminino, sendo que 6.7% tinham menos de 65 anos (ONDR, 2018)

A gravidade das doenças respiratórias que necessitam de internamento é demonstrada pelas taxas de mortalidade, que é superior à média dos outros utentes internados por razões médicas. Apesar da taxa de mortalidade por DPOC ter vindo a diminuir, esta ainda é responsável por um número considerável de mortalidade que é preciso travar continuamente, através de medidas básicas e de um tratamento adequado e atempado, onde a evicção dos fatores de risco é fundamental, para além de uma educação para a

saúde, no sentido da consciencialização da doença e onde uma reabilitação respiratória eficaz pode ser crucial.

Nunca é demais lembrar que sendo esta uma doença passível de ser prevenida, na maioria dos casos, é também aí que todas as entidades e todos os profissionais de saúde devem investir.

Assim importa lembrar **os principais fatores de risco da DPOC**, que serão apresentados de seguida, salientando que esta é uma doença multifatorial.

O principal fator de risco comprovado é sem dúvida o tabagismo; e mesmo a exposição passiva ao fumo do tabaco contribui para a DPOC (GOLD, 2018). Segundo Costa (2017) o tabagismo a longo prazo é o mais importante fator de risco e quantos mais anos e mais maços a pessoa consumir, maior será o risco de ter DPOC, salientando que quem fuma cachimbo, charutos ou quem fuma marijuana também podem estar em risco, assim como as pessoas expostas a grandes quantidades de fumo passivo.

A poluição atmosférica e ambiental é outro dos fatores de risco, que importa falar. A poluição pode ocorrer no exterior, devido à inalação do ar poluído. Por outro lado, o risco também pode existir no interior das casas, decorrente de cozinhas com fogões alimentados por óleos combustíveis e o aquecimento de compartimentos mal ventilados, em que a pessoa está exposta a partículas de combustão de biomassa, tal como acontece com as pessoas expostas ao fumo das lareiras (GOLD, 2018). Nas zonas mais rurais, segundo Costa (2017), a DPOC pode ocorrer em utentes expostos ao fumo das lareiras para cozinhar e aquecer casas mal ventiladas. Também Pinto (2015) refere que entre outros fatores de risco, está a inalação de fumo doméstico, desencadeado por fogões a lenha, lareiras e fumeiros típicos de determinadas regiões.

A Fundação Portuguesa do Pulmão (2018), para além dos fatores de risco que acabamos de salientar, alerta a população para o impacto negativo dos incêndios, que tem assombrado o nosso país nos últimos anos, a nível da saúde respiratória, sendo um fator de risco para inúmeras doenças respiratórias, entre as quais se destaca a DPOC, contribuindo também para o agravamento da mesma.

Segundo a mesma entidade, os efeitos que a inalação do fumo causado pelos incêndios tem sobre a saúde respiratória das populações são tão penalizadores, sendo a causa de processos inflamatórios de toda a via aérea (faringe, laringe, traqueia e brônquios), de infeções brônquicas e pulmonares e descompensação de doenças respiratórias pré-existentes (asma, bronquectasias, DPOC e outras), sendo especialmente penalizados os doentes com insuficiência respiratória crónica.

Outro fator de risco é a exposição ocupacional a poluentes inalados, nomeadamente poeiras e químicos, que anos a fio, levam a obstrução aérea crónica. Existem algumas profissões que pelo contato continuado a determinados produtos tóxicos inalados ou fumos são consideradas profissões de risco para a DPOC (Cordeiro e Menoita, 2012).

Existe ainda o Fator genético, que afeta 1% da população com DPOC, que é o défice de alfa-1 antitripsina (AAT). Em caso de enfisema ou de história familiar com este diagnóstico pode ser útil o doseamento desta proteína no sangue periférico, sendo mesmo recomendado pela OMS (Cordeiro e Menoita, 2012).

A idade também influencia, porque com o envelhecimento, aparecem mais doenças crónicas, nomeadamente a DPOC. Segundo Costa (2017) a idade é um fator de risco para a DPOC, porque esta doença desenvolve-se lentamente, sendo que a maioria dos utentes tem sintomas tardiamente, pelo menos a partir dos 40 anos. Sousa (2015) defende que a maior incidência de DPOC ocorre entre a sexta e a sétima década de vida e com o aumento da longevidade populacional, estima-se um aumento da DPOC.

Relativamente ao género as mulheres parecem ser mais suscetíveis aos efeitos do tabagismo, apesar de existirem mais homens internados com a doença (PNDR, 2017). Quanto ao estatuto socioeconómico, este também tem o seu contributo segundo a GOLD (2018), havendo fortes evidências de que o risco de desenvolver DPOC é inversamente proporcional ao estatuto socioeconómico.

Um fator de risco importante a ter em conta, é o historial de doenças respiratórias anteriores, nomeadamente histórias de infeções respiratórias graves na infância, devido a uma função pulmonar reduzida. Desde o período de gestação e depois a exposição da criança após o nascimento, durante a infância e adolescência a fatores de risco, podem conduzir ao desenvolvimento de DPOC na idade adulta. A suscetibilidade para infeções respiratórias demonstra ter um papel importante, nas exacerbações da DPOC. Por sua vez a infeção por HIV agrava o desenvolvimento do enfisema, relacionado com o tabagismo e a tuberculose também é referida como fator de risco para a DPOC (Cordeiro e Menoita, 2012).

Antecedentes de Asma e Bronquite Crónica podem ser fatores de risco para a DPOC, principalmente em pessoas fumadoras. Na asma, o maior risco está na associação do tabagismo à hiper-reatividade brônquica não específica (HRB) característica desta doença e a bronquite crónica na associação do tabagismo à hipersecreção brônquica e o declínio do FEV1 (Cordeiro e Menoita, 2012). Segundo Sousa (2015) e Silva [et al.], 2004) foi realizado um estudo de coorte Tucson Epidemiological Study of Airway Obstructive

Disease, onde se verificou, após ajustes para tabagismo, que adultos asmáticos apresentam risco relativo doze vezes maior para o desenvolvimento de DPOC, se comparados a adultos não asmáticos.

Quando falamos em fatores de risco, é pertinente falar de **como evitar esses fatores de risco**, sendo muito importante que os doentes com DPOC adquiram estratégias de modo a evitá-los e adotem medidas gerais para garantirem uma melhor qualidade de vida. Deste modo, é importante o doente estar informado sobre a sua doença, tendo aqui os profissionais de saúde um papel fundamental.

O utente com DPOC pode ter uma vida ativa, devendo manter as suas atividades sociais. As estratégias de distração são uma ajuda, podendo o mesmo realizar técnicas de relaxamento, ouvir música, jogos. As férias, no entanto, devem ser planeadas antecipadamente, tendo em conta a altitude do lugar para onde vai, que não deve exceder os 1500 metros. Na DPOC, os doentes devem adequar a roupa à época do ano, sem exagerar na quantidade de peças, devendo a mesma ser folgada e de fácil colocação, não devendo utilizar acessórios que comprimam o tórax, como por exemplo: cintos, fachas ou cintas.

Em casa, estes utentes devem manter um ambiente húmido - 45% e preferencialmente uma temperatura de 19/21°C. Devem ser evitados o uso de substâncias com cheiros fortes, como exemplo: lacas, tintas, ambientadores, inseticidas, entre outros, porque podem produzir irritação.

Depois de compreendidos os fatores de risco da DPOC, importa descrever os meios de diagnóstico.

1.2. Importância do diagnóstico e tratamento precoce da DPOC

Este estudo de Investigação compreende a importância do Diagnóstico precoce da DPOC, no sentido de uma atuação e de um tratamento também eles o mais precoce possível, tendo como principal objetivo atrasar as complicações e exacerbações da doença, retardando o declínio natural da mesma.

Segundo Araújo e Drummond (2016), o diagnóstico de DPOC deve ser considerado em utentes com mais de 40 anos; presença de sintomas característicos ou história de exposição a fatores de risco; com confirmação por espirometria que demonstra obstrução persistente do fluxo aéreo ($FEV1/FVC < 70\%$ após broncodilatação).

Também, a DGS (2013), afirma que o diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento são imprescindíveis para uma correta abordagem e eficácia na melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações, e atraso no declínio da função pulmonar.

A DPOC apresenta diferentes graus de gravidade, que passamos a apresentar no quadro que se segue.

Quadro 1. Graus de Gravidade da DPOC

Graus de Gravidade da DPOC	
Grau1/Ligeiro	a pessoa apresenta tosse com alguma frequência, por vezes expetoração; sente alguma falta de ar quando trabalha ou caminha mais rápido; muitas vezes ainda desconhece que tem a doença.
Grau2/ Moderado	A pessoa apresenta mais tosse e expetoração; sente falta de ar quando executa um trabalho de maior esforço ou caminha mais rápido; é normal que a pessoa nesta fase procure ajuda médica.
Grau 3/Grave	Os sintomas agravam-se; a pessoa tosse frequentemente e com expetoração; apresenta grande dificuldade em respirar mesmo em atividades que não requerem muito esforço.
Grau 4/ Muito Grave	A qualidade de vida da pessoa é muito afetada e o agravamento dos sintomas pode colocar a vida da pessoa em risco.

Fonte: Cordeiro e MENOITA (2012)

Afonso (2012) afirma que dada a gravidade da doença e a sua evolução irremediável por 4 estádios (sendo que quanto maior o estádio mais avançado está a doença), os sintomas são precoces, porém não valorizáveis pelo utente e que se vão agravando lentamente, principalmente se o utente persistir na exposição dos fatores de risco e se não for introduzido qualquer tratamento. Também, salienta que as lesões das vias aéreas que causam dificuldade respiratória são irreversíveis, o que significa que não há cura definitiva para a DPOC, motivo pelo qual o diagnóstico e a terapêutica numa fase precoce sejam fundamentais, para a redução do risco, para prevenir a progressão da doença para um estádio mais grave, prevenir e tratar as agudizações e reduzir a mortalidade. A terapêutica adequada e precoce melhora e estabiliza o quadro clínico. Deste modo podemos afirmar que quanto mais precoce e mais atempado for o diagnóstico e o tratamento, melhor o prognóstico e obviamente, menos complicações.

A DPOC é uma doença com a qual o utente tem de viver o resto da vida, sendo de recordar que os sintomas podem ser tratados de imediato, principalmente se a doença é detetada precocemente. Existe um leque de opções de tratamento que melhoram os sintomas e a qualidade de vida (Caminha, 2012).

Em relação à dependência de um sistema de oxigénio, do qual muitas vezes os utentes com DPOC necessitam numa fase avançada da doença, Ramos (2016) salienta que se a doença for controlada em estádios iniciais e eliminados os fatores que agravam a doença, a DPOC pode ser travada, não tendo necessariamente que evoluir nesse sentido.

A DGS (2013) determina que o diagnóstico da DPOC deve ser feito, conjuntamente na presença de sintomas respiratórios crónicos e progressivos (tosse, expectoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira), exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados) e obstrução ao fluxo aéreo, demonstrado por alterações na realização de uma espirometria. Esta avalia os volumes expiratórios: FEV1 (ou VEMS, que é volume expiratório no primeiro segundo) e o FVC (capacidade vital forçada, também definida como volume expiratório máximo até ao volume residual) e quando esta limitação ventilatória não é completamente reversível após administração de um broncodilatador, considera-se que existe obstrução brônquica e, portanto, DPOC quando após a administração de um broncodilatador a relação FEV/FVC (conhecida por índice de Tiffeneau) é menor do que 70% e classifica-se em quatro estádios.

A espirometria com obtenção de curvas volume- tempo é obrigatória na suspeita clínica de DPOC, sendo considerada o método mais fiável e reproduzível para avaliar o fluxo aéreo (Cordeiro e Menoita, 2012). A espirometria deve ser realizada seguindo as orientações conjuntas da American Thoracic Society e da European Thoracic Society.

A GOLD (2018) salienta a relação **FEV1/FVC**, para definir a presença de DPOC, sendo esta uma relação fixa, **sempre inferior a 70%**. Também Cordeiro e Menoita (2012) Citando Gulini (2006) acrescentam que o FEV 1 pós-broncodilatador permanece sempre abaixo dos 80%.

A DGS (2016) salienta a importância do **FEV1**, devendo este valor ser avaliado em todos os utentes com DPOC, porque o mesmo correlaciona-se com a capacidade máxima de atividade física do utente e, portanto, **gravidade da doença**.

Antes de iniciarmos a realização de uma espirometria, Bugalho (2016) salienta ser fundamental **cumprir determinados procedimentos**, tais como: a exclusão de contraindicações; o registo da terapêutica em curso e da hora a que foi feita pela última vez (e se foram suspensos os broncodilatadores nas horas prévias: 6h curta ação; 12h longa ação; 24h se amino/teofilina); antes do exame confirmar a indicação de não fumar, não fazer exercício físico vigoroso e não consumir álcool; utilizar roupas confortáveis que não dificultem as manobras respiratórias; determinação de medidas antropométricas (peso, altura ou envergadura quando se verificam deformações da caixa torácica e/ou da

coluna vertebral) e o utente deve estar estável, isto é, pelo menos 6 semanas sem exacerbação.

A DGS (2016) no seu PNDR, estabeleceu **critérios da qualidade para a realização de espirometrias em adultos**. Segundo esses critérios as **contraindicações absolutas** à realização da espirometria são o EAM, há menos de um mês, pneumotórax recente, angina instável, arritmia instável, deslocamento da retina ou cirurgia oftalmológica recente, TEP, neurocirurgia ou cirurgia toraco/abdominal recente e tuberculose em atividade. **E as contraindicações relativas** são: perturbações cognitivas ou psiquiátricas que impeçam uma colaboração eficaz; dor torácica ou abdominal que limite as manobras forçadas; dor ou paralisia facial com incapacidade de utilização da peça bucal; hemoptises, vômitos, diarreia aguda; infeção respiratória em curso ou suspeita de infeção respiratória e durante a gravidez.

No entanto Bugalho (2016) refere também o AVC nas últimas duas semanas como **contraindicação absoluta** e a presença de HTA não controlada (Sistólica superior a 200 mmhg, diastólica superior a 120 mmhg) como contraindicação relativa.

Após o cumprimento destes procedimentos, a espirometria deve ser realizada o mais precocemente possível (na presença de fatores de risco e/ou sintomas da DPOC) porque este é, como já foi referido, o exame obrigatório para o diagnóstico desta doença.

O diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento são indispensáveis para uma correta abordagem e eficiência na melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações, e retardamento no declínio da função pulmonar. Pelo que se recomenda a todos os profissionais que a avaliação e a etiologia dos sintomas seja prontamente investigada, tendo em conta que os utentes tendem a desvaloriza-los, por estes estarem ausentes em repouso ou por autolimitação da atividade física. O tratamento da DPOC terá por base os estádios da doença, sendo que os utentes que se encontram nos estádios I e II da Classificação da Gravidade da DPOC devem ser acompanhados, periodicamente, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com vista à obtenção de ganhos em saúde a longo prazo. Por sua vez, as que se encontram nos estádios III e IV necessitam de uma articulação periódica entre os CSP e os cuidados hospitalares, atendendo-se à obtenção de ganhos de saúde, bem como à racionalização de cuidados, e consequentemente à diminuição de custos diretos e indiretos (Magalhães, 2009).

A adesão à cessação tabágica é uma medida crucial para a prevenção e progressão da DPOC e também do Cancro do pulmão. O risco destas doenças aumenta com a carga tabágica, sendo maior para aquelas que fumam há um maior número de anos e um maior

número de cigarros. O Cancro do pulmão é muitas vezes a ultima etapa da DPOC, pois estes doentes têm um risco acrescido para esta doença, quando comparados com igual carga tabágica nos consumidores com função respiratória normal. A estreita relação destas duas patologias com o tabaco torna o abandono dos hábitos tabágicos a melhor medida para a sociedade (Rocha, 2012).

Em relação ao estado nutricional, vários autores, salientam a importância de manter o peso ideal, deixando de lado a desnutrição por um lado, e o excesso de peso por outro, porque ambos são prejudiciais na DPOC. Segundo Almendra e Miranda (2008) citando e traduzindo o que foi dito por vários autores, o índice de massa corporal (IMC) ideal deve estar entre os 20-25 kg/m².

É essencial a existência de uma consciencialização relativamente à DPOC, quer a nível dos indivíduos, da sociedade em geral, dos governantes e dos profissionais de saúde. Em relação aos utentes é de extrema importância a sua capacitação para a gestão da sua doença, tendo como objetivo capacitá-los para o autocontrolo da doença, reconhecimento das terapêuticas que fazem e dos tipos de tratamento mais adequados à sua situação clínica, em cada momento (Araújo, 2013).

A promoção do autocuidado: gestão do regime terapêutico no doente com DPOC baseia-se nas ações de incentivo da evicção tabágica; na educação sobre a doença (fisiopatologia das doenças respiratórias e patologias associadas; causas de dificuldade respiratória, sinais e sintomas); a nutrição adequada; a gestão da inaloterapia, oxigenoterapia e ventiloterapia; a intervenção nas agudizações, saídas de casa e viagens e na gestão do regime terapêutico não-medicamentoso (Mendes, 2013).

É de salientar que todos os utentes com DPOC beneficiam dos programas de treino com exercícios, melhorando não só a tolerância ao exercício, mas também reduzindo os sintomas de fadiga e dispneia.

Em primeiro lugar, é importante referir que a prática de exercício físico deve ser realizada começando com um aquecimento, que tem como função preparar o corpo para esse exercício. O aquecimento deve durar cerca de 5 minutos, onde devem ser incluídos alongamentos suaves e uma caminhada lenta.

A prática do exercício aeróbio também deve ser incluída, porque trabalha o coração e os pulmões, ajudando o corpo a usar o oxigénio de forma mais eficiente. O exercício aeróbio inclui qualquer exercício que usa continuamente oxigénio. Inicialmente deve cumprir 5 minutos e depois evoluir até 30 minutos. Alguns exemplos deste tipo de exercício são: caminhar, dançar, andar de bicicleta, subir escadas. Uma caminhada de intensidade

moderada pode durar 30 minutos, ou por exemplo, dividir o tempo em 3 períodos de 10 minutos. Os exercícios de força são fundamentais, para os utentes com DPOC, porque fortalecem os músculos que são essenciais para as atividades de vida diárias. Estes devem incluir exercícios de braços, tronco e pernas, devendo durar entre 10 e 15 minutos.

No fim, é essencial que haja um arrefecimento, porque esta fase vai permitir ao coração e aos pulmões voltarem lentamente ao estado de repouso. Esta última fase deve ter uma duração de pelo menos 5 minutos. Pode caminhar lentamente durante alguns minutos e repetir alguns alongamentos realizados no aquecimento (Marques [et al.],2016).

Nesta esteira, é importante adaptar sempre o exercício físico ao utente e o mesmo deve acontecer quando realizam programas de reabilitação, que devem ser adaptados ao utente em questão (tendo em conta a sua patologia, as suas condicionantes, a sua capacidade e agilidade).

A reabilitação respiratória (RR) é recomendada a partir do grau II (moderado) da classificação do GOLD. Um Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) compreende uma abordagem multidisciplinar que objetiva reduzir os sintomas, melhorar a qualidade de vida, proporcionar uma maior independência nas atividades de vida diária e um maior conhecimento sobre a doença (Lutz, 2007).

Podemos concluir que quanto mais precocemente se diagnosticar a DPOC, mais cedo se pode iniciar o tratamento da mesma, podendo deste modo os utentes beneficiar de mais informação sobre a sua doença, descobrir como realizar a autogestão da mesma e onde realizar a reabilitação respiratória, que segundo o ONDR (2017) é uma realidade apenas para menos de 2% dos doentes com indicação para tal.

Compreendendo a importância do diagnóstico precoce da DPOC e sabendo que a espirometria é a regra de ouro para a confirmação do diagnóstico da doença, é crucial investir na realização deste exame. Nesta esteira, o Programa Nacional para as doenças respiratórias (PNDR) pretende em 2020: duplicar o número de diagnósticos de DPOC confirmados por espirometrias, em utentes dos centros de saúde; e reduzir em 10% o número de pessoas internadas por causas respiratórias que podem ser prevenidas ou tratadas nos centros de saúde. Ainda, segundo o PNDR, efetivamente os internamentos por DPOC são potencialmente evitáveis, com a adoção de medidas preventivas ou terapêuticas tomadas a nível dos cuidados de saúde primários. Estas medidas devem ser incentivadas por políticas de saúde dirigidas.

Ao nível dos cuidados de saúde primário o número de utentes ativos com o diagnóstico de DPOC tem aumentado de forma sustentada, observando-se um incremento de 241% em 2016 relativamente a 2011 (PNDR, 2017, pag.7).

Verifica-se, ainda, que o número de utentes ativos com DPOC baseado na espirometria é ainda baixo, correspondendo em 2016, a 32,3% dos diagnósticos. As regiões do Alentejo e Algarve são as que apresentam menor percentagem de diagnósticos baseados na espirometria, com valores de 17% e 12% respetivamente. No entanto devido a um projeto piloto nessas regiões, onde foi criada uma rede de espirometria nos CSP, até maio 2017, foram realizadas nesses centros de saúde 1232 espirometrias, tendo-se verificado uma boa adesão do corpo clínico à implementação do projeto (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2017), devendo-se sem dúvida manter esta caminhada, a nível dos CSP, que é onde se desenvolve este trabalho de investigação, porque ainda há muito a fazer na esteira da DPOC.

1.3. Ganhos em Saúde através do Diagnóstico e Tratamento Precoces da DPOC

A eficiência em saúde é importante para as organizações pois representa a capacidade de estas contribuírem para “ganhos em saúde”, medidas pelo seu impacto na saúde das populações. Esta realidade assume relevância quando compreendemos que os níveis da produção em saúde são pessoas. O melhor interesse do utente, do eu coletivo social depende da nossa capacidade de implementar cuidados de saúde humanizados, sendo crucial gerir a saúde com base nesta visão sensível à natureza dos cuidados (Moreira, 2007).

Os ganhos em saúde traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

As perspetivas multidimensionais, dos ganhos para a saúde, incluem mortalidade, morbilidade, incapacidade, satisfação, resposta do sistema de saúde e sustentabilidade, decorrendo da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal a nível nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades. No entanto, o conceito de ganhos em saúde é dinâmico, dependendo da definição de saúde, de doença e de capacidade de intervenção. À medida que novos diagnósticos ou intervenções vão sendo desenvolvidos e aceites, surgem novas áreas com perspetivas de ganhos. Igualmente, a capacidade de

um sistema de informação cruzar dados e características sociodemográficas ou compreender o impacto dos fatores ao longo da vida, permite compreender, com maior rigor e abrangência, o impacto dos determinantes sociais e dos contextos de vida no estado de saúde e, deste modo, melhor identificar ganhos (Plano Nacional de Saúde, 2012).

Sendo a DPOC uma doença crónica, progressiva e sistémica, a prevenção da sua evolução é fundamental, através do diagnóstico precoce e tratamento numa fase inicial. Esta intervenção, leva objetivamente a ganhos para a saúde e na saúde do utente, pela melhoria da sua qualidade de vida, prevenção da gravidade, de internamentos, de morbilidade e de mortalidade precoces.

O número de internamentos por DPOC entre 2000 e 2008, aumentou cerca de 20% representando um custo superior a 25 milhões de euros, o que equivale a um aumento de 39,2%. Ocorreu também o aumento para 16% do custo por doente internado e segundo um estudo de 2006 efetuado em utentes internados, o custo médio anual de um doente com DPOC muito grave atinge mais de 8.000 euros, enquanto os estádios menos graves variam entre 2.000 e os 4.000 euros (DGS, 2013). Estes dados são contrastados com dados, mais recentes, porque em 2016, como já foi referido anteriormente, o número de internamentos por DPOC diminuiu e prevê-se que continue a diminuir, o que nos mostra uma luta que já se iniciou no combate à DPOC.

As exacerbações da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, ao declínio acelerado da função respiratória e ao aumento da mortalidade. Neste sentido, o controlo e tratamento desta doença permitem, não só a melhoria da qualidade de vida dos utentes e famílias, como a maior racionalização dos elevados custos envolvidos.

O Ministério da Saúde (2018) defende que as doenças crónicas representam, paralelamente aos efeitos da morbilidade e mortalidade prematura, um impacto significativo nas economias nacionais, entre outros fatores, pela diminuição da produtividade, aumento do absentismo laboral e dos encargos com a saúde.

Nos próximos anos, se continuarmos a evoluir positivamente espera-se uma redução da mortalidade por doenças respiratórias, abaixo dos 70 anos, como é recomendado pela OMS. Segundo dados do PNDR (2017) morre-se menos de doenças respiratórias antes dos 65 anos e mais depois dos 70 anos e o aumento das vendas de medicamentos para as doenças respiratórias mostra que estamos a tratar mais doentes e melhor.

Segundo o Ministério da Saúde (2018) Portugal destaca-se por ser o país da OCDE com menos mortalidade e menos internamentos sensíveis a cuidados de ambulatório por Asma

e DPOC. Claramente estes internamentos são potencialmente evitáveis, pelo que é essencial que se adotem medidas preventivas ou terapêuticas a nível dos Cuidados de Saúde Primários, onde já se verificou um aumento de consultas de cessação tabágica, bem como acesso a espirometria e a tratamentos de reabilitação respiratória.

Podemos concluir que devido ao aumento dos fatores de risco para a DPOC, ainda há muito a fazer, no sentido de obter ganhos em saúde e por outro lado de aumentar a qualidade e a esperança de vida destes utentes. Nesta esteira torna-se prioritário investir na realização de exames que permitam a confirmação deste diagnóstico, principalmente através da realização de espirometrias, porque a prevalência desta doença está a aumentar, sendo uma das principais causas de morte a nível mundial. Esta medida vem juntar-se às referidas anteriormente. Este investimento no sentido da confirmação de mais diagnósticos, mais precoces, consultas de cessação tabágica, educação para a saúde no sentido da autogestão da DPOC e empowerment ao utente e, ainda, com a realização de reabilitação respiratória, vão certamente traduzir-se em ganhos em saúde, tendo em consideração que leva a uma diminuição das complicações e por conseguinte diminuição do número de internamentos e de mortalidade, o que se tem observado nos últimos anos.

1.4. Os Benefícios da Educação para a saúde na DPOC

O objetivo do tratamento da DPOC é combater a progressão da doença, diminuir sintomas, prevenir e tratar complicações, exacerbações e reduzir a mortalidade. Com vista ao atingimento destes objetivos, o tratamento deverá assentar em três pilares fundamentais: cessação tabágica, tratamento farmacológico e reabilitação respiratória (António, Gonçalves e Tavares, 2010). Com esse intuito torna-se uma mais valia a realização de sessões de educação para a saúde.

As sessões de educação devem ser bem estruturadas e motivantes no sentido da adesão contínua do utente para que este no final das mesmas tenha adquirido um estilo de vida o mais saudável e autónomo possível e o mantenha num “programa” de reabilitação durante toda a evolução da doença (António, Gonçalves e Tavares, 2010).

A DGS (2013) defende que o recurso a programas educacionais de autogestão efetuados individualmente no domicílio ou em grupo nos centros de saúde devem ser implementados em associação à reabilitação respiratória e a uma correta utilização dos inaladores. Todos os doentes com DPOC devem também ser encorajados a manter uma vida ativa.

A educação para a saúde é uma área dinâmica, extremamente essencial para as inovações que se desenvolvem atualmente no sistema de saúde e é uma parte fundamental da prática de todos os profissionais de saúde (Redman, 2003).

No atual sistema de saúde, baseado na gestão de cuidados, espera-se que os utentes cuidem mais de si próprios, mas para isso acontecer, é prioritário que existam recursos de ensino para assegurar que os doentes e suas famílias obtenham a informação e os conhecimentos necessários sobre a sua doença e como atuar perante a realidade da sua situação de saúde, de um modo eficaz.

A prática de educação para a saúde baseia-se num conjunto de teorias, em resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas. Para além das teorias gerais de aprendizagem e ensino, cada área da prática tem evoluído com uma tradição e um conjunto de metas particulares nesta área.

A prática ética exige que todos os profissionais sejam competentes na educação para a saúde, evitando danos que esta prática pode fazer, compreendendo as razões dos utentes ou dos membros da família para mudar crenças e práticas, frequentemente com grande custo para eles próprios. É fundamental que esta prática seja realizada independentemente de preconceitos de género, etnia ou idade e adequado a pessoas com diferenças de educação formal.

A educação para a saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção. Após a fase de avaliação de necessidades, será determinada a natureza de uma necessidade e motivação para aprender e as metas são mutuamente estabelecidas com o utente. A intervenção é construída para estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem dos utentes.

É frequente a necessidade de reensino devido a não ser possível prever com exatidão que intervenção conduzirá à aprendizagem desejada num determinado utente. Redman (2003) salienta que na maior parte dos casos, o reforço de follow-up e o reensino são necessários ao longo do tempo, especialmente em utentes com problemas crónicos de saúde ou que estão a aprender a preveni-los.

A educação para a saúde está fortemente relacionada com o ensino em saúde, no entanto a educação para saúde movimenta-se mais para a comunidade e isso aperfeiçoa a diferença entre estes dois conceitos.

Na prática de educação para a saúde é essencial evitar os erros grosseiros, tais como: omissão da avaliação das necessidades do utente para aprender ; omissão da avaliação

da disposição, do estabelecimento de metas, ou da avaliação sistemática, sem omitir, contudo, a intervenção real. Podemos afirmar que é impossível não ter, pelo menos, metas implícitas quando se ensina, mas as mesmas podem não estar relacionadas com a disposição de um determinado utente e o ensino pode não ser desenvolvido para atingir essas metas (Redman, 2003).

A educação para a saúde é uma área em expansão e evolução, entendida atualmente como parte essencial para alcançar resultados adequados de cuidados, sendo integrada nos cuidados aos indivíduos e grupos em todos os setores e contextos. É utilizado um modelo processual de diagnóstico-intervenção-avaliação para proceder à educação para a saúde (Redman, 2003).

O Ministério da Saúde (2018), também salienta o papel da educação, ao afirmar que esta condiciona fortemente os comportamentos e estado de saúde, uma vez que tem uma grande influência ao acesso dos indivíduos à informação, na sua capacidade em beneficiar de novos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis.

1.5. A cessação tabágica como medida fundamental na prevenção e tratamento da DPOC

A abordagem do tema da cessação tabágica tornou-se imperativo no presente trabalho de investigação, dado que o tabagismo é o principal fator de risco para a DPOC, havendo muito a fazer no combate deste aditivo, que tanto prejudica os Portugueses e estes doentes em particular.

O hábito de fumar pode ter também uma componente cultural, e essa nem sempre é fácil de mudar. Até porque no século passado desconheciam-se os malefícios do tabaco, associando esta planta ao bem-estar e ao prazer, sendo incentivado por inúmeros filmes a nível mundial.

A cessação tabágica diminui os sintomas de DPOC, a medicação necessária para controlar a doença pode ser reduzida, as exacerbações tornam-se menos frequentes e menos grave, o risco para outras doenças relacionadas com o tabaco também diminui (cancro do pulmão, enfarte do miocárdio, entre outras), vai melhorar a qualidade do ar que respira na casa, no carro, não sujeitando família e amigos, a serem fumadores passivos e vai ainda poupar a nível monetário.

Nas consultas de cessação tabágica, do SNS, é dado apoio intensivo a quem quer deixar de fumar, sendo uma consulta sem pagamento de taxas moderadoras e é um direito de

todos os cidadãos que pretendem deixar de fumar (DGS, Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2015).

A cessação tabágica é a maior intervenção com capacidade de alterar a história natural da DPOC. Não existe uma relação linear entre o número de anos de exposição ao tabaco e a DPOC, no entanto, segundo a DGS (2013) a exposição continuada durante 30-40 anos, pode resultar numa elevada probabilidade da existência de obstrução aérea e da presença de sintomas. Esta exposição ao fumo do tabaco deve ser quantificada e expressa em UMA (Unidades Maço Ano = nº cigarros fumados por dia/20 x nº anos).

Segundo Vieira (2018), o sucesso das consultas de cessação tabágica resulta principalmente da motivação pessoal, fazendo a diferença se a pessoa vem porque realmente quer deixar esta dependência ou porque foi obrigado por algum familiar ou profissional de saúde. Concluimos que sem motivação própria não se consegue levar avante a cessação tabágica, por muito boa vontade que exista por parte dos profissionais que integram estas consultas.

O segredo para o sucesso da cessação tabágica está também na relação de confiança que se cria com cada utente, sendo crucial a existência de uma abordagem empática, com técnicas de entrevista motivacional, demonstrando que para além de o utente estar perante um profissional com competências científicas nesta área também é alguém que está ali para ajudar e sobretudo para escutar e orientar no percurso que está a fazer, funcionando como um aliado contra a dependência.

Também é importante referir em relação às novas formas de tabagismo, sendo os mais conhecidos, o tabaco aquecido e os cigarros eletrónicos, que é errado afirmar que estes não sejam prejudiciais, porque apenas tem menos substâncias nefastas para a saúde, não devendo ser usadas em consultas de cessação tabágica pelo fato de se estar a manter a dependência comportamental de se ter sempre algo na boca e na mão. Análises laboratoriais a cigarros eletrónicos encontraram carcinogénicos e outros produtos químicos tóxicos (ONDR, 2018).

Nos utentes com DPOC a necessidade de deixar de fumar torna-se mesmo imperativa, sendo o sucesso destas consultas crucial para que esta doença não evolua tão rapidamente, sendo esta a principal medida para o não agravamento desta.

Segundo o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2017), o tabaco é uma das principais causas evitáveis de morte prematura por cancro, por doenças respiratórias e por doenças cérebro-cardiovasculares. Em Portugal, a cada

cinquenta minutos o tabaco contribui para uma morte e uma em cada quatro mortes no grupo dos 50 e dos 59 anos é devida ao tabaco. Se a tendência atual for mantida, o tabaco matará 8 milhões de pessoas em 2030 e aproximadamente mil milhões de pessoas morrerá durante o século XXI (ONDR, 2018). Em 2018 em Portugal, os fumadores representam 28,3% dos homens e 16,4% das mulheres.

É de salientar a aprovação das normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e as medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, numa proposta de Lei apresentada pelo governo à assembleia da república e aprovada a 1 de junho de 2017, que procede à monitorização e regulação dos novos produtos do tabaco sem combustão, interditando o seu consumo nos locais onde seja proibido fumar e alargando a novos espaços como parques infantis.

A promoção e criação de novas consultas de cessação tabágica, foi outra medida fundamental, conseguindo-se pela primeira vez no nosso país que todos os ACES tivessem pelo menos uma agenda dedicada a esta área e aumentando os locais em mais de 30% relativamente a 2015, atingindo cerca de duas centenas de instituições de saúde, de modo a permitir a acessibilidade aos utentes. Ainda como incentivo, foi implementado pela primeira vez no nosso país a comparticipação de medicamentos antitabágicos, o que levou à utilização destes fármacos, assistindo-se a um aumento de 69% nas dispensas em farmácias (Ministério Saúde, 2018).

Para terminar é importante afirmar, que globalmente, ainda há um longo caminho a percorrer, onde todos como profissionais de saúde devem trabalhar, para prevenir o início de hábitos tabágicos em especial entre os jovens e encorajar com convicção e provas consistentes os fumadores a abandonarem este hábito. Muitas vezes basta uma intervenção breve para que a pessoa que fuma inicie o processo de cessação tabágica, os benefícios são inúmeros, não devendo ser perdida nenhuma oportunidade por parte de cada profissional de saúde. Este investimento leva à prevenção da DPOC, para além de inúmeras outras doenças. Na DPOC deixar de fumar é a diferença entre viver mais anos e com mais qualidade de vida ou o declínio acentuado da doença, onde a capacidade respiratória vai piorando a cada dia que passa, levando ao agravamento da doença.

1.6. Sentimentos face ao Diagnóstico de DPOC

Existe uma vasta bibliografia que fala dos sentimentos de quem tem uma doença crónica e/ou terminal, mas são escassos os artigos e os estudos que falam concretamente sobre

os sentimentos das pessoas quando lhes é comunicado o diagnóstico de DPOC. Um dos objetivos do presente trabalho de investigação é, entre outros, colmatar esta lacuna, dando resposta a um dos objetivos preconizados.

Na realidade, os utentes reagem de forma única no processo de contato com a sua doença, já que este é determinado em função de variáveis individuais distintas, até porque cada ser humano é um ser único. Aspetos como diferenças culturais (exemplo a expressão de dor pode ser encarada e valorizada de modo diferente), fatores situacionais, stress ou o humor de cada pessoa, influenciam o modo como o sujeito reconhece a situação de doença e gere esse acontecimento na sua vida.

O meio onde o utente está inserido influencia fortemente o modo como ele pode encarar um determinado acontecimento, como por exemplo, se o utente está num meio ambiente bastante estimulante, é possível que perceba os seus sintomas de uma forma menos exacerbada. Também o modo como o indivíduo entende a doença estabelece-se a partir das representações cognitivas que constitui acerca dessa doença (Serra, 2005).

Quanto às reações emocionais à doença mais comuns passam pela ansiedade, negação, depressão, choro ou raiva e são o produto da conjugação de uma série de fatores individuais que condicionam uma resposta única. Uma diminuição na autoestima, também pode ocorrer (SERRA, 2005).

É importante salientar que a saúde não é ausência de doença, pelo que deve ser entendida como um conceito positivo, na procura de completo bem-estar, deixando de ser uma qualidade absoluta, para passar a ser um valor que é concedido não apenas pela cultura da sociedade, mas por cada pessoa em particular. Uma pessoa para viver com uma doença crónica, tem de promover alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais mais ou menos complexas de modo a que a sua qualidade de vida não seja afetada.

Quando o utente se depara com uma doença crónica, ao adquirir consciência que esta é uma doença para a vida, passa necessariamente por um processo de transição, no sentido de adaptação a essa doença. A transição requer da pessoa capacidades para incorporar novos conhecimentos e alterar comportamentos (Magalhães, 2009).

É nessa esteira que é importante informar e ensinar o utente sobre a sua doença, até porque o adulto é um ser potencialmente aprendente. A literacia em saúde pode fazer a diferença no modo como a pessoa encara a sua doença e logo os seus sentimentos podem ser mais ou menos positivos, consoante a visão e o conhecimento que esta adquiriu.

Segundo Marques [et al.] (2016), uma das perguntas que o doente faz, quando lhe é dito o diagnóstico de DPOC, é «E agora?». A maioria dos doentes fica perplexo ao se consciencializar que sofre de uma doença, que até ali desconhecia ou apenas ouviu falar vagamente.

Outro dos sentimentos mais frequentes nestes doentes é o sentimento de culpa, levando por vezes a uma recusa da doença. Esta culpa está associada ao fato da DPOC ser causada na maioria dos casos pelo fumo de tabaco. Assim, é importante que o utente compreenda, que independentemente da causa é fulcral, que estamos perante uma doença que tem de ser tratada e não de um «pecado» do qual está a padecer, até porque existe muito a fazer no sentido de travar a evolução da doença e retardar as suas complicações. Uma dessas medidas é exatamente, deixar de fumar.

A verdade é que a palavra crónica, na sua essência, assusta e muitos utentes questionam-se se vão ficar doentes para sempre, também em relação ao fato da sua doença não ter cura e por outro lado como é que ela vai evoluir.

Sendo a DPOC uma doença do foro respiratório, existem muitos mitos que são difíceis de ultrapassar, nomeadamente em relação à terapêutica inalatória e à possível necessidade de oxigenoterapia, que assusta alguns utentes. Estes mitos são criados muitas vezes por amigos, vizinhos ou familiares e muitas vezes difíceis de ultrapassar, apesar de na sua maioria serem erróneos, até porque na realidade esta terapêutica tem escassos efeitos adversos, desde que realizadas adequadamente.

Em relação aos sintomas, estes são muitas vezes desagradáveis, e é assim que o utente os sente. Um dos sintomas mais frequente é a dispneia, que é subjetivo, muitas vezes o doente queixa-se e quem está à volta pode não compreender ou pelo menos não imagina o que o doente está a sentir. A tosse e expectoração também podem ser desagradáveis para quem os presencia.

Segundo Araújo (2016), a DPOC acarreta um grande sofrimento para os utentes e também para os seus familiares e tem um enorme peso económico-social.

Podemos concluir que, no sentido de amenizar os sentimentos e os mitos existentes na DPOC, é crucial um acompanhamento e tratamento contínuos destes utentes, com envolvimento e esclarecimento dos familiares, amigos ou cuidadores.

Segundo Marques [et al.], (2016) todas as emoções são válidas, mas devemos procurar estratégias para melhor aproveitar as emoções que proporcionam bem-estar, levando à ocorrência de pensamentos positivos e criativos.

Para concluir realço que em todo este processo, que é o de consciencialização por parte de um utente de que tem uma doença crónica, os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação podem e devem ter um papel muito importante, ao desmistificar muitas ideias, ao informar, ensinar, encaminhar, para além dos conhecimentos e competências acrescidas destes profissionais eles também são conhecidos pela sua componente humana, como sendo profissionais que escutam, sendo essa escuta ativa, que acolhem, que “dão a mão”, onde a empatia é parte integrante do cuidar em enfermagem.

A OE (2015) salienta que é evidente que a profissão de enfermagem se dirige às pessoas, recordando que os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico, que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos, referindo que não basta a qualidade científica e técnica, citando que a “Enfermagem é a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a sua saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n. 161/96, artigo 4, ponto 1). Também o código deontológico relembra que os enfermeiros «são gente que cuida de gente», pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora.

1.7. O Papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação - A Promoção da saúde na DPOC

O enfermeiro especialista de reabilitação é o principal impulsionador deste trabalho de investigação, na acessão de um mestrado realizado nesta área. **Entre a suas competências está o de educador.** A educação e a saúde são duas componentes essenciais numa sociedade. Foi nesta esteira que se realizou este estudo, sendo realizado com os utentes com DPOC. A educação para a saúde (EpS) e a promoção da saúde junto destes utentes é fundamental, logo desde o seu diagnóstico. Para uma educação eficaz do utente, no seu processo de reabilitação, é necessário primariamente conhecer o individuo no seu holismo e na sua individualidade

Para se conseguir uma aprendizagem de cuidados por parte da pessoa cuidada e do cuidador é necessário que o educador planeie, implemente o processo de ensino e o avalie posteriormente, a fim de o modificar ou reforçar. Para a aprendizagem ser bem-sucedida, o educador deve definir as estratégias e moldar os métodos que irá utilizar. Para isso, deve apresentar **conhecimentos sobre as diversas teorias de aprendizagem** e adequar à educação para a Saúde (Araújo, 2012).

As **teorias de enfermagem** vieram dar resposta a diversas questões fundamentais para a prática de enfermagem, procurando compreender e descrever as funções e papéis dos enfermeiros, procurando identificar um campo conceitual próprio para a profissão. Segundo Barnum (1998), na enfermagem as teorias erguem-se a partir de uma prática idealizada, que visa aprimorar a assistência. Existem diversas e cada uma delas detém uma forma própria que identifica um fenómeno da profissão. Neste estudo o investigador destaca duas teorias: a Teoria do Auto-cuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis.

As doenças crónicas são uma das principais causas de mortalidade e incapacidade, de entre essas doenças está a DPOC, que se caracteriza pela impossibilidade de cura definitiva. Neste contexto o **autocuidado** representa uma dimensão visível no contexto global da saúde e bem-estar dos cidadãos destacando-se nos grupos vulneráveis, pela necessidade dos utentes serem capazes de identificar e controlar os sinais e sintomas de agudização da doença crónica, pela necessidade dos clientes incorporarem um conjunto de comportamentos e atividades que promovam o equilíbrio físico e mental, pela necessidade de suporte efetivo e percecionado como recurso determinante (Petronilho, 2012).

É importante referir que a enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental na vida dos utentes, nomeadamente na realização dos autocuidados dos utentes, e mais concretamente com o que tem DPOC (lembrando que a progressão da doença pode levar a esta necessidade), fomentando a independência dos mesmos, para que estes no seu dia-a-dia consigam ter autonomia. O enfermeiro de reabilitação deve assim não só cuidar, mas orientar, guiar e ajudar as pessoas, tendo em conta todos os fatores externos. Assim, podemos afirmar que é reconhecida pelos enfermeiros de reabilitação a utilidade dos múltiplos níveis de capacidade de autocuidado dos utentes concebidos por Orem, a sua atenção ao todo e as suas importantes contribuições para a educação do utente (Orem 1985).

A teoria de Dorothea E. Orem é aplicável em contexto hospitalar e comunitário (Cunha, Cardoso e Oliveira; 2005) e **baseia-se no conceito do autocuidado**, partindo do princípio que toda a pessoa saudável possui competências e capacidades para se autocuidar. Porém, quando perante o défice do autocuidado, ou seja, quando a pessoa apresenta incapacidades ou limitações para realizar o autocuidado (quer por motivo de doença, quer por falta de recursos ou fatores ambientais), necessita de ajuda, beneficiando assim da intervenção de enfermagem. Compete, assim, ao enfermeiro providenciar a ajuda

necessária para a satisfação dos autocuidados da pessoa, focando-se na detecção das limitações e incapacidades, de forma a planejar e implementar intervenções que auxiliem a pessoa a suprir essas limitações e a restabelecer o autocuidado, atendendo às suas necessidades. O enfermeiro visa assim, promover a recuperação e/ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa para o autocuidado (Tomey e Alligood, 2004).

Segundo Tomey e Alligood (2004), a teoria do déficit do autocuidado de Orem é composta por três teorias: teoria do autocuidado, que descreve o autocuidado; teoria do déficit do autocuidado, que descreve o porquê e quando é que as pessoas necessitam da intervenção de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve como se estabelece a intervenção de enfermagem.

A **Teoria do Autocuidado** define que o autocuidado é o conjunto de atividades executadas pelo utente, em seu próprio benefício, com o objetivo de preservar a vida, a saúde e o seu bem-estar, em conformidade com as suas necessidades. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, promove a manutenção da integridade estrutural, do funcionamento e desenvolvimento da pessoa. Assim sendo, o autocuidado é estruturado e organizado ao longo do desenvolvimento humano, para suprir e satisfazer as necessidades inerentes ao processo de vida, ao longo do ciclo vital.

A capacidade para o autocuidado pode ser afetada por fatores condicionantes básicos (idade, estado de saúde, fatores familiares, ambientais, socioculturais, adequação e disponibilidade de recursos, entre outros.), como tal, Orem estabelece **requisitos para o autocuidado**, definidos como ações dirigidas para a provisão do autocuidado, nomeadamente, **requisitos universais**, que são comuns a todo o ser humano, estão associados aos processos de vida e manutenção da integridade estrutural e funcional da pessoa, visando auxiliá-la na sua funcionalidade ao longo do ciclo vital, sendo eles as AVD's; **requisitos de autocuidado de desenvolvimento**, que são exigidos quando há necessidade de adaptação às possíveis mudanças na vida do utente, promovendo os processos de vida e maturação da pessoa e prevenindo as condições que possam ser prejudiciais à sua maturação e **requisitos de desvio de saúde**, que existem para a pessoa com doença ou com lesões, com desordens patológicas, deficiências ou incapacidades e que está submetida ao diagnóstico ou tratamento médico, determinando os tipos de necessidades de cuidados ao longo da sua condição patológica (Tomey e Alligood, 2004).

A **Teoria do Déficit do Autocuidado** é a ideia central da teoria de Orem, que define quando são necessários os cuidados de enfermagem. A necessidade de cuidados de

enfermagem surge quando a pessoa se encontra perante o défice de autocuidado, ou seja, quando o utente é incapaz ou tem limitações para prover de forma contínua e eficaz as suas necessidades de autocuidado.

Neste sentido, quando o utente se encontra perante o défice de autocuidado, cabe ao enfermeiro ajudá-la proporcionando assistência, quanto maior é a dependência da pessoa, maior é a necessidade de cuidados de enfermagem. O enfermeiro intervém, assim, utilizando os métodos de ajuda identificados por Orem: agir ou fazer para o utente, guiar e orientar o utente, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar; atuando como guia, instrutor e conselheiro da pessoa no ensino e aprendizagem na promoção do autocuidado; fomentando a funcionalidade e autonomia da pessoa para o autocuidado, e a autonomia e/ou manutenção no desempenho das AVD's (Tomey e Alligood, 2004).

A **Teoria de Sistemas de Enfermagem** é baseada nas necessidades e nas capacidades da pessoa para desempenhar as suas atividades de autocuidado.

Esta teoria abrange a teoria do défice de autocuidado e a teoria do autocuidado, focando-se na capacidade de intervenção do enfermeiro para auxiliar o utente com défice de autocuidado e suprir as suas necessidades, para a satisfação das suas atividades de autocuidado. Como tal, Orem identifica três sistemas de enfermagem para a satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa: o **sistema totalmente compensatório**, quando a ação do enfermeiro substitui a ação da pessoa na promoção do autocuidado, em que a pessoa, por incapacidade, é totalmente dependente para o autocuidado; **sistema parcialmente compensatório**, situação em que a ação do enfermeiro compensa as limitações de autocuidado da pessoa, ou seja, ambos trabalham em conjunto para desempenhar as suas ações de autocuidado; e o **sistema de apoio-educação**, no qual a pessoa é capaz de desempenhar as suas ações de autocuidado, mas necessita de assistência do enfermeiro sob a forma de orientação, de apoio e ensino (Tomey e Alligood, 2004).

A teoria do défice de autocuidado de Orem fornece uma síntese do conhecimento acerca do autocuidado, das atividades de autocuidado, da necessidade de assistência no autocuidado, do défice de autocuidado relacionada com a atividade de enfermagem. Oferecendo assim, uma visão sobre o fenómeno da enfermagem e refletindo a sua utilidade na prática de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

Pode-se perceber na leitura das competências do Enfermeiro de Reabilitação, uma proximidade ao pensamento de Orem, pois o objetivo primordial é promover a autonomia, com a subsequente melhoria da qualidade de vida da pessoa e sua satisfação.

Estes cuidados de enfermagem especializados, que incluem o ensino e treino dos familiares para a prestação de cuidados e o apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado, numa perspetiva holística e personalizada, caracterizam os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com vista à recuperação e à adaptação funcional do utente e dos seus envolventes ao seu contexto de vida ou à preparação do regresso a casa (OE, 2009).

Em relação às teorias de enfermagem, após nos debruçarmos na teoria de Orem, parece-nos ser crucial falar também da **teoria de Meleis**.

O utente que se depara com uma doença crónica, que é para além de incurável progressiva, passa obrigatoriamente por um processo de transição. A DPOC é uma doença que se enquadra neste processo, sendo muitas vezes devastadora para os utentes e seus familiares. Os enfermeiros, são muitas vezes os primeiros cuidadores dos utentes e suas famílias que estão a vivenciar um processo de transição. Assim, os enfermeiros assistem às principais mudanças e às implicações causadas pelas transições, ao mesmo tempo em que são agentes efetivos do cuidado (Meleis, 2010).

A enfermagem ao realizar o cuidado baseado num modelo de transição, estará a contribuir para o aumento das possibilidades de ajuda ao utente, não tendo apenas em conta os aspetos de doença e cura. O mais importante no papel do enfermeiro é fornecer suporte ao utente em transição, auxiliando-a e protegendo-a de forma antecipatória para que tenha o seu equilíbrio e proteja a sua saúde no futuro, criando e favorecendo as condições que conduzem a uma transição saudável, considerando a pessoa em mudança de forma holística (Zagonel, 1999). Assim, o desafio para os enfermeiros, face à necessidade de suporte nos processos de transição é entender este processo e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho, 2007).

Meleis (2012) define transição como, uma passagem de um estado estável para outro estado estável, sendo este um processo caracterizado por uma mudança. As transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem. Este conceito pode ser definido como o desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo, no qual ocorrem eventos marcantes. A influência transacional varia na sua extensão e intensidade ao longo do tempo, afetando de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento. Os

significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa influenciando assim, o resultado das mesmas.

É de extrema importância, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros de reabilitação, a identificação das transições que ocorrem com os utentes, de modo a poderem ajudá-los neste processo. Segundo Meleis (2010) a identificação das transições constitui um problema central da enfermagem e o desenvolvimento de instrumentos de trabalho para as descrever pode providenciar a descoberta dos mecanismos usados por diversas pessoas quando experienciam mudanças nas suas vidas e para o desenvolvimento de conhecimento sobre intervenções que facilitem a experiência da transição e conduzam a um *coping* saudável. **A teoria das transições** surge assim, de uma perspetiva que tem por base a missão de Enfermagem no cuidado aos seres humanos e defende que as pessoas que passam por transições são mais vulneráveis a riscos que afetam a sua saúde (Meleis et al, 2000).

A **teoria de medio alcance** de Meleis compreende a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições (inibidoras ou facilitadoras) e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) da transição, os quais guiam o cuidado de enfermagem (Gladys et al, 2007). Salientam-se três tipos de transições segundo Schumacher e Meleis (1994), que são: as situacionais, as de desenvolvimento e as de saúde-doença. No entanto referem a importância de adicionar um novo tipo de transição que é a organizacional.

Ao aplicarmos o cuidado diante de eventos de transição surge o “cuidado transicional”. Esta forma de cuidar não é algo definível, palpável, visível, não é algo que se possa reduzir a uma mera definição, surgindo da conscientização do enfermeiro ao desvelar a compreensão da pessoa, enquanto vivencia o processo transacional. Este cuidado preocupa-se com as etapas transicionais do ser, exposto a todas as suas possibilidades, dado que a transição permeia todos os momentos da vida. E traz respostas à valorização do ser uma vez que é o sujeito da ação do cuidado, não se limitando a funções, papeis ou tarefa (Zagonel, 1999).

Meleis (2007) salienta ainda que os enfermeiros são profissionais que estão presentes no momento prévio, durante e após as transições, pelo que é o cuidado de enfermagem que auxilia a pessoa a explorar a transição que vivencia.

Após salientarmos a importância das teóricas de enfermagem, que no nosso entender enriquecem o cuidar dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros de Reabilitação, é fundamental, aprofundar o fio condutor deste trabalho, definindo a importância da promoção da saúde, no sentido da educação para a saúde e prevenção de complicações na DPOC.

A **promoção da saúde** é toda a atividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades, sublinhando a importância de intervenções para prevenir a doença e promover o bem-estar. Na promoção de saúde, o poder (a capacidade de incitar ou resistir à mudança) e o empoderamento (o meio para alcançar o poder) são bases importantes para a saúde individual e comunitária. Ao “empoderarem” as pessoas, os promotores de saúde tornam os indivíduos e as comunidades aptos para mudarem as suas vidas, as suas condições de vida e, conseqüentemente, a sua saúde (Laverack, 2008).

A **educação para a saúde** e a promoção da saúde são dois conceitos e duas estratégias interligadas, ambas com o objetivo de aumentar a literacia das populações. Segundo Carvalho e Carvalho (2006) o objetivo da educação para a saúde é a promoção da saúde. A educação é uma das melhores formas de elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas (González, 1998 citado por Carvalho e Carvalho, 2006). O papel do educador é criar condições para que o homem possa desenvolver as suas capacidades.

A saúde é um bem e a educação para a saúde é uma missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didático e de investigação (Rodrigues et al, 2005). Greene e Keuter, citados por Russel (1996), definem Educação para a Saúde como: “(...) qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades”.

Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho e Carvalho (2006, pág. 25), definem educação para a saúde, como:

“toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

Nesta linha de pensamento, podemos referir que é a aprendizagem que nos possibilita, por isso, uma apropriação da educação. Logo sem aprendizagem não há educação. Educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas, mostrando-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde, o que exige dinâmica de trabalho (Carvalho e Carvalho, 2006).

Para se implementar um processo de ensino capaz de produzir aprendizagem o enfermeiro deve centrar os seus objetivos na avaliação, recolha de dados, planeamento, tratamento, intervenção e avaliação dos resultados dos cuidados (Hanson, 2005).

A enfermagem como ciência que cuida do Ser Humano sempre esteve comprometida com a função de educar e orientar, e o enfermeiro é um educador que, dentro da sua prática, precisa estar preparado para desenvolver processos educativos de forma a favorecerem o desenvolvimento de habilidades básicas para o crescimento pessoal e profissional (Araújo, 2012). Para Lash (1990) os Enfermeiros de Reabilitação podem e devem ser encontrados na linha da frente no planeamento, execução e avaliação de uma EpS.

Nesta esteira, os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde portugueses, sendo fundamental que tenham diferentes tipos de competências e, ao desenvolverem as atitudes ou adquirirem as convicções e comportamentos que são fundamentais na educação para a saúde terão muito mais êxito na satisfação das necessidades atuais dos seus doentes/utentes. Deste modo, a educação para a saúde constitui um componente essencial aos cuidados de enfermagem, voltada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais das doenças. Os enfermeiros, assumem no presente papéis vitais na promoção da saúde, estando envolvidos no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviços para melhoria da saúde das pessoas (Enfermagem, 2002). A promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional. Podemos afirmar que os enfermeiros já não se satisfazem com a ausência de doença como meta para os cuidados que prestam, sabendo que 80% dos doentes são portadores de doenças crónicas, torna-se fundamental que adotem o papel de educadores para a saúde (Carvalho e Carvalho, 2006).

Em todo este processo complexo, que é prevenir, diagnosticar e tratar uma doença crónica, como a DPOC, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel essencial, cabendo ao mesmo a transmissão dos seus conhecimentos aos utentes e seus

familiares e também aos seus colegas generalistas e à população em geral, no sentido de evitar a progressão desta doença que se está a tornar colossal.

Assim, verificamos que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tem um papel fundamental junto da comunidade, utente/família, pois não se cinge apenas aos cuidados prestados para o alcance da saúde, mas também na prevenção e reabilitação. Por isso, este enfermeiro pela sua formação e atuação profissional desenvolve papéis no âmbito educativo, da gerência, na coordenação e implementação da assistência de enfermagem.

A prestação de cuidados especializados é uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista. Segundo a Ordem do Enfermeiros (2010, p. 25), o Enfermeiro Especialista é:

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Nesta perspetiva, segundo Alarcão e Rua (2005), a sua competência deve assentar num conjunto de características: uma personalidade equilibrada, humanista e responsável; conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados; capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares e uma atitude de aprendizagem contínua. O sucesso dos cuidados de enfermagem de reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e a pessoa dependente, porque segundo Carvalhido (2009), o processo de reabilitação é único e pessoal e não termina no hospital, nem numa clínica, termina quando a pessoa se torna autónoma no seu autocuidado e independente no seu meio ambiente.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE (2013) ressalva o papel do Enfermeiro Especialista de Enfermagem, salientando que este pode: diagnosticar as necessidades especiais; planear e implementar planos de cuidados especializados no âmbito da reabilitação respiratória; ensinar e orientar estratégias para prevenir complicações; cooperar com cada indivíduo com o objetivo da obtenção de uma vida mais saudável.

Em Portugal, existem documentos legais pelos quais os enfermeiros especialistas de reabilitação devem seguir a sua conduta. Foi publicado em Diário da República (DR), dois documentos legais que vieram definir o “perfil das competências comuns” do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122/2011) e mais especificamente, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011).

De acordo com este último documento, as **competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação** são essencialmente: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 125/2011).

Mais recentemente, em Diário da República, a OE, elaborou um regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015). Neste documento são descritos os cuidados de enfermagem de reabilitação, que se dirigem à pessoa em todas as fases do ciclo vital, no sentido de: promover o seu projeto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinem limitações da atividade e/ou incapacidades; promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade; promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência.

A tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação baseia-se na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade. Identificada a problemática, prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções que: promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações, evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades (Regulamento n.º 350/2015). O mesmo regulamento refere também que o enfermeiro especialista de reabilitação concebe, implementa, monitoriza e avalia também programas: de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função alimentação e da eliminação, de treino de AVD's e de treino motor e cardiorrespiratório. Assim, contribui para reformas no caráter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde, bem como na comunidade (Regulamento n.º 350/2015).

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação atuam como agentes cruciais na obtenção de ganhos em saúde da população. A missão destes enfermeiros especialistas é promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, a sua socialização e a sua dignidade. Eles atuam na saúde e na doença, aguda ou crónica, contribuem para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as suas capacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre otimização ambiental, utilização de ajudas técnicas.

A reabilitação, por sua vez, é definida como um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está doente ou incapacitado para atingir o seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. O processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade (Brunner e Suddarth, 2002).

Também Kenneth (2009, p. 1234), refere que a reabilitação é a “restauração completa do indivíduo ao seu potencial clínico, mental, emocional, social e vocacional do qual ele é capaz”. O objetivo da reabilitação é maximizar a habilidade funcional e minimizar o impacto que a incapacidade tem sobre o indivíduo, a família e a comunidade.

A enfermagem de reabilitação, segundo Hoeman (2011, p. 3), é “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estadio da doença, ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida” e desenvolvendo-se desde “a prevenção primária até aos níveis agudos e subagudos e é o sustentáculo da intervenção terciária na comunidade e nas transições ao longo da vida”, onde se deve:

“Definir objetivos para os níveis máximos de interdependência funcional e atividades de vida diária; promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência; reforçar comportamentos de adaptação positiva; assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; advogar uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados; contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde (Hoeman, 2011, p. 3)”.

O mesmo autor refere que o enfermeiro de reabilitação deve promover um estilo de vida saudável, que maximize a qualidade de vida do utente. A prática na comunidade capacita os enfermeiros de reabilitação para expandirem a sua base de conhecimentos, tentar métodos novos e criativos para atingir objetivos e serem flexíveis, pois cada comunidade é única e dinâmica.

Conforme descrito pela OE (2010), a enfermagem de reabilitação utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervêm na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O âmbito onde se insere este estudo de investigação, cuidados de saúde primários, é um local onde se espera uma abordagem pluridisciplinar centrada na família e no ciclo vital, o enfermeiro de reabilitação deve integrar projetos e programas que tenham em consideração a realidade de saúde e social (APER, 2010).

É de salientar, que os CSP consistem no primeiro ponto de contato dos utentes com o SNS, justificando a atenção particular e a prioridade que lhe tem sido merecida nos últimos anos, concretizada na reforma dos cuidados de saúde primários.

Esta reforma visa reforçar a orientação dos CSP para a comunidade, apostando na autonomia e na responsabilização das equipas e dos profissionais, na flexibilidade organizativa e de gestão das estruturas de prestação de cuidados, na transparência, na melhoria da qualidade, na prestação e contas e na avaliação do desempenho de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde à população (ACSS, 2016).

A reabilitação na comunidade tem como principais objetivos assegurar que as pessoas mantenham a sua saúde e que as portadoras de doença crónica possam desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas e mentais, garantindo-lhes o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades, assim como a serem intervenientes ativos na comunidade e sociedade em geral.

Em contexto comunitário o enfermeiro de reabilitação poderá ainda ter um papel fulcral a nível da formação, assumindo ações de promoção da saúde e prevenção da doença/morbilidade junto dos indivíduos, família e/ou cuidadores informais, nomeadamente em instituições de saúde e de carácter social. Neste contexto, a educação para a saúde, em doentes com incapacidade, doença crónica, ou resultantes do envelhecimento, contribuem fortemente para a promoção da qualidade de vida da pessoa

e família. Estas medidas e o apoio destes profissionais permitem ganhos económicos para a comunidade, com uma menor dependência de terceiros, diminuição de custos associados, havendo maior independência face à família ou cuidadores informais, permitindo que os indivíduos assumam um papel mais ativo a nível social e profissional.

Na perspetiva ocupacional, o enfermeiro de reabilitação, desenvolve ações de educação com o intuito da promoção da saúde e prevenção de doenças ocupacionais, que conduzem inúmeras vezes à recorrência aos serviços de saúde e estados de morbilidade, que levam muitas a reformas antecipadas por incapacidade e a estados de dependência económica e acentuada diminuição da qualidade de vida da pessoa, com consequências na família e conviventes. Estas ocorrências têm consequências para a sociedade em geral, gastos duplamente penalizantes, pela permanente necessidade de cuidados de saúde e pela necessidade de apoios sociais e económicos (APER 2010). A DPOC é uma dessas doenças, onde é essencial trabalhar esta entre outras vertentes, porque entre os fatores de risco para esta doença está em grande escala as doenças profissionais, quando travados estes fatores de risco podem também diminuir o número de utentes com a doença e os que já estão diagnosticados podem prevenir outras complicações, o seu agravamento e a evolução nos seus estádios.

É ainda importante referir que através da educação para a saúde, o enfermeiro especialista de reabilitação tem um papel fundamental no ensino da gestão da DPOC, fomentando o empowerment e a autogestão da mesma. Ao ganhar autonomia na gestão da sua doença o utente poderá contribuir no sentido de diminuir as complicações e exacerbações tão comuns na DPOC, levando a ganhos imensuráveis.

Nesse sentido, a APER (2010) salienta que os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuem para ganhos em saúde adicionais, através da diminuição da necessidade de idas aos cuidados de saúde, sobretudo aos serviços de urgência; diminuição do número de internamentos; redução da demora média de internamento e custos inerentes; aumento do nível de independência dos utentes e das famílias; diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade (exemplo: úlceras de pressão, infeções respiratórias, infeções urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular); redução do consumo de medicamentos; aumento da adesão ao regime terapêutico; diminuição da dependência funcional e social, bem como da morbilidade; diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; adaptação do ambiente, habitação, com menor dependência socioeconómica e otimização da reintegração do utente no seu meio familiar e social.

Podemos concluir que os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais no acompanhamento do utente com DPOC. Estes cuidados devem ser iniciados idealmente no momento do diagnóstico e comprometer-se ao longo de todo o processo da doença, pois são essenciais para uma melhor gestão da doença, de modo a evitar a sua rápida evolução, as suas exacerbações e complicações. Nesta fase inicial da doença o papel de educador é essencial, para que o utente compreenda o seu diagnóstico e se prepare de modo a evitar os fatores de risco e saiba atuar preventivamente e se capacite para a autogestão da doença.

Assim, voltamos a reforçar que a educação para a saúde é uma das competências do enfermeiro especialista de reabilitação, que lhe permitem contribuir para a promoção da saúde e prevenção de complicações numa doença crónica prevenível e tratável como é a DPOC.

Ao enfermeiro especialista de reabilitação cabe deste modo o papel de educador, que é salientado neste trabalho de investigação, sendo também realçada a sua capacidade de planear e implementar e avaliar programas, não esquecendo o papel fundamental da reabilitação respiratória. Em toda a sua atuação é sempre adaptada a reabilitação ao utente, respeitando sempre a pessoa como sendo um ser único, multidimensional, com sentimentos, emoções e vivências próprias, sendo a componente ética sempre tida em conta.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1. Problemática

Para a realização de um trabalho de investigação com rigor científico, é fundamental respeitar todas as etapas deste processo. Deste modo, após o enquadramento teórico efetuado na primeira parte do trabalho, torna-se crucial descrever todo o processo metodológico a ser utilizado, nomeadamente apresentar os objetivos e questões de investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes, os instrumentos de colheita de dados, a análise dos dados e procedimentos éticos.

A escolha de uma metodologia adequada é extremamente importante para atingir da melhor forma os objetivos propostos, revelando-se esta uma etapa fundamental de qualquer trabalho de investigação, constitui um importante instrumento de trabalho que conduz aos resultados, tal como refere Fortin (2009, p.53) “O investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação”.

A pertinência do problema de investigação em estudo: “Diagnóstico e Tratamento precoce da DPOC” justifica-se pelos poucos estudos encontrados nos estádios iniciais da doença, nomeadamente nos estádios I e II, e também, porque o aumento da esperança de vida leva ao aumento das doenças crónicas, nomeadamente das doenças respiratórias crónicas, onde a DPOC tem elevado continuamente a sua prevalência, devido ao aumento dos fatores de risco, de onde se destaca o aumento do tabagismo e da poluição atmosférica. Outra alavanca que despertou para a importância desta problemática foi o fato de a “Proporção de utentes com DPOC” e “Proporção de utentes com DPOC com FEV1 em 3 anos”, serem dois dos indicadores de âmbito local, proposta pela ARS Norte, para as USF, nomeadamente para a USF onde decorre o estudo.

Desta forma, pretendo com a realização deste estudo contribuir para a obtenção de ganhos em saúde nos utentes com DPOC, através do diagnóstico e tratamento precoce, nomeadamente através da educação em saúde. Nesta esteira, foram realizadas sessões de educação para a saúde, no sentido de promoção da saúde, pretendendo-se consciencializar os utentes para os benefícios da aplicabilidade dos ensinamentos realizados na melhoria da saúde dos mesmos, levando a menos complicações e comorbilidades consequentes da progressão da doença.

O enfermeiro tem um papel privilegiado junto dos utentes/famílias/comunidades que é crucial, nomeadamente, através da promoção da saúde e prevenção da doença, tendo um papel essencial junto dos utentes com doenças crónicas, como é o caso da DPOC, com especial destaque para o enfermeiro de reabilitação, dadas as suas competências e os seus conhecimentos.

2.2. Questão de Investigação e Objetivos

Este trabalho de investigação surgiu de uma inquietação antiga do investigador, face aos constrangimentos verificados junto dos utentes com DPOC. Esta necessidade surgiu inicialmente em meio hospitalar e prolongou-se para os cuidados de saúde primários, onde decorre a investigação. De salientar também os preciosos contributos adquiridos no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, que para além de acentuarem esta necessidade de dar resposta a estes constrangimentos, permitiram a aquisição de conhecimentos fundamentais no sentido de uma prestação de cuidados com qualidade e que foram cruciais para dar resposta às questões e objetivos preconizados nesta investigação.

Assim, desta inquietude surgiram várias questões, sendo que a **questão central**, é a que orienta esta pesquisa, que segundo Fortin (1999, p.51) é "...um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica". Tendo consciência desta importância, foi definida para este estudo a seguinte **questão de investigação**: "Quais os ganhos em saúde obtidos com o diagnóstico e um tratamento precoce na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)?"

No sentido de clarificar e aprofundar este estudo de investigação, foi desenvolvido um conjunto de **questões de investigação**:

- Quais os principais fatores de risco identificados no diagnóstico da DPOC da população em estudo?
- Qual a perceção dos utentes em relação ao diagnóstico de DPOC?
- Quais os sentimentos vividos pelos utentes aquando o diagnóstico de DPOC e após as sessões de educação para a saúde?
- Quais os benefícios para os utentes com DPOC com a deteção da DPOC nos estádios iniciais da doença?
- Qual a importância do enfermeiro de Reabilitação na obtenção de ganhos em saúde nos utentes com DPOC, através da atuação nos estádios iniciais da doença?

Estas questões são fundamentais no processo de investigação, porque guiam e ajudam a organizar a recolha de dados. Os objetivos do estudo estabelecem a ponte entre o problema de investigação, por um lado, e o desenho, os métodos de colheita de dados e as análises, por outro lado (Fortin ,1999).

Assim da motivação adquirida pelas questões de investigação, surgiu o objetivo geral que por sua vez despertou os objetivos específicos. A definição do objetivo de investigação é essencial porque "indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio

da questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo” (Fortin, 1999, p.100).

O **objetivo central** desta pesquisa é compreender quais os ganhos em saúde obtidos a partir do diagnóstico e tratamento precoce na DPOC, nomeadamente através da educação para a saúde.

Os **objetivos específicos** deste estudo são os seguintes:

- Analisar os benefícios da Educação para a saúde nos utentes com DPOC;
- Identificar os sentimentos vividos pelos utentes aquando o diagnóstico de DPOC;
- Identificar os sentimentos vividos no fim do Programa de educação para a saúde em relação ao diagnóstico de DPOC;
- Descrever quais as estratégias utilizadas, para a autogestão da DPOC;
- Compreender a importância do enfermeiro de Reabilitação no ensino e educação em saúde nos utentes com DPOC.

Dar resposta a estas questões e a estes objetivos foi uma meta que acompanhou este estudo de investigação.

2.3. Tipo de Estudo

Atendendo à problemática em estudo optamos por uma metodologia do tipo investigação ação com recurso ao paradigma qualitativo, pois pretendemos contextualizar um problema, intervir sobre esse problema e implementar mudanças através da ação direta com o utente de modo a se refletir positivamente na vida do utente com DPOC.

A investigação ação é um método que implica agir para melhorar a prática, através do estudo sistemático dos efeitos da ação desenvolvida. Este tipo de investigação estuda um contexto particular da prática, no sentido de identificar e descrever problemas ou áreas que precisam de mudança e identificam de seguida soluções que são implementadas no contexto do problema, com o objetivo de ocorrer uma mudança (Strebert e Carpenter, 2013).

A investigação ação descreve a sua arte como um processo cíclico implicando planeamento, reflexão e avaliação, mas quando finalizado os seus resultados criam melhorias duradouras na prática de enfermagem, pois implica a análise, a ação, a reflexão e a avaliação.

O paradigma qualitativo que se caracteriza por recorrer às palavras para descrever o que se observa em contextos naturais, salienta a construção social da realidade, as relações

íntimas entre o investigador e o que está a ser estudado e os constrangimentos sociais, que dão forma à inquirição (Ribeiro,2010). Também, Chizzotti (2006, p.289) salienta que a pesquisa qualitativa “pretende interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem”.

A opção por esta metodologia vai permitir ao investigador contextualizar o problema junto dos utentes com DPOC (estádio I e II), planejar a sua intervenção face aos resultados obtidos na fase de diagnóstico e com recurso às suas competências como enfermeiro de reabilitação, implementar ações de educação para a saúde de acordo com as reais necessidades e avaliar a implementação dessas ações.

Na área da saúde é utilizada a investigação ação em especial nos programas de saúde coletiva, tornando-se um instrumento enriquecedor, sendo considerada uma metodologia com uma abordagem original e apropriada a ser aplicada na Enfermagem, sendo um método eficaz de implementação e de modificação de comportamentos de um grupo de indivíduos. Este trabalho de investigação foi adaptado aos utentes que participaram no mesmo, tendo em conta as suas dúvidas, preocupações, fatores de risco para a DPOC, bem como as suas vivências.

2.4. Contexto e Participantes

O **contexto deste estudo** foi uma Unidade de Saúde Familiar (USF) que pertence ao ACES Grande Porto IV, que integra a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), que se insere no SNS.

As USF dão corpo a um modo inovador de organização sustentado em redes de equipas coesas, de constituição multiprofissional. Organizam-se para responder de modo flexível às necessidades de saúde de uma população bem definida (lista de utentes) e com atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco. Possuem autonomia auto-organizacional regulada e controlada por um conjunto de instrumentos específicos. Visam alcançar metas e objetivos de qualidade de processos de resultados em saúde. São avaliadas e responsabilizadas consequentemente pelos seus desempenhos (Despacho Normativo nº9/2006, 16 fevereiro)

Este contexto de estudo foi escolhido devido ao facto de a investigadora desempenhar funções de Enfermeira nesse local, o que facilita o processo de recolha de dados (que será posteriormente descrito) e a implementação do estudo. Poder realizar o estudo neste contexto tão familiar do investigador foi uma mais valia, sendo a colheita de dados neste sentido mais fácil de obter e menos dispendiosa, quer a nível de tempo quer de capital, apesar de ser realizado para além do horário laboral.

O **Tipo de amostra** a que recorremos é não probabilística por conveniência ou acidental pois tal como refere Fortin (2009, p.321) “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos e “que permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo.

O número de indivíduos a incluir no presente estudo, é uma questão importante, segundo vários autores, nomeadamente, Ribeiro (2010) que refere que o número ótimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. Neste estudo esteve dependente do número de diagnósticos de DPOC confirmados por espirometria.

Os **participantes** deste estudo são utentes de uma USF, com o diagnóstico de DPOC nos estádios iniciais (estádios I e II), de modo a ser possível atuar o mais precocemente no tratamento desta doença, e dar resposta aos objetivos do presente estudo, tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Utesntes que apresentem fatores de risco para a doença e/ou sintomatologia da DPOC;
- Diagnóstico recente de DPOC, confirmada por espirometria;
- Idade igual ou superior a 40 anos;
- Utesntes da USF selecionada.

No presente estudo **a amostra final** constitui-se por 10 utentes com DPOC, apesar de inicialmente terem sido selecionados 13 utentes (que foram incluídos nas primeiras entrevistas), no entanto 3 dos participantes acabaram por ser excluídos, pelo facto de por motivos pessoais e familiares não puderam comparecer às sessões de educação para a saúde, não fazendo por este motivo parte do estudo. Estes 10 utentes cumpriam os critérios de inclusão pré-estabelecidos e aceitaram a participação no estudo. Foi também permitido a cada participante trazer consigo às sessões um familiar ou amigo, pelo que dois participantes compareceram acompanhados pelas esposas.

Foi possível obter dados sociodemográficos e também clínicos importantes para o estudo, como fatores de risco, sintomas, diagnóstico e estágio da doença, que permitiram caracterizar a amostra.

Os principais **dados sociodemográficos** dos participantes, serão apresentados no quadro que se segue.

Quadro 2. Características Sociodemográficas dos Participantes

Participantes	Idade	Género	Estado civil	Habilitações Literárias	Tipo Residência	Profissão
E1	76	Feminino	Viúvo	2ª classe	Urbano	Reformado (comercial peixe)
E2	71	Masculino	Casado	4ª classe	Urbano	Reformado (estivador)
E3	69	Masculino	Divorciado	4ª classe	Urbano	Reformado (pescador)
E4	77	Masculino	Casado	4ª classe	Urbano	Reformado (serralheiro/eletricista)
E5	67	Masculino	Casado	Curso Industrial	Urbano	Reformado (encarregado de pastelaria)
E6	57	Masculino	Casado	6ª classe	Urbano	Reformado (pescador/ bombeiro/ construção civil)
E7	69	Feminino	Casado	4ª classe	Urbano	Reformado (doméstica)
E8	74	Masculino	Casado	4ª classe	Urbano	Reformado (mecânico/pintor de automóvel)
E9	73	Masculino	Casado	8º ano	Urbano	Reformado (Indústria hoteleira)
E10	59	Feminino	Divorciado	Licenciatura	Urbano	Professora de ensino especial

Analisando estes dados, verificámos que a amostra em estudo é constituída na sua maioria por utentes do **sexo** masculino, ou seja, verificou-se que 7 utentes são do sexo masculino e 3 do sexo feminino. As **idades** dos utentes variam entre os 57 e os 77 anos, sendo a média de idades de 69,2 anos.

Relativamente ao **estado civil**, a maior parte dos indivíduos são casados (sete), no entanto dois são divorciados e um é viúvo.

Em relação às **habilitações literárias**, os participantes apresentam na sua maioria baixa escolaridade, verificando-se que cinco tem a 4ª classe e um tem apenas a 2ª classe. Dos restantes um tem o 6º ano, outro tem o 8º ano, apenas um tem o curso industrial e outro tem ensino superior (licenciatura e mestrado).

No que concerne ao **tipo de residência**, todos os participantes residem em meio urbano. E em relação à **profissão**, salienta-se o fato de a maioria dos participantes se encontrar reformado, correspondendo a um total de 9 utentes. Apenas um indivíduo está ativo, trabalhando como professor ensino especial.

Outros dados recolhidos que o investigador nomeou como relevantes, foram os **dados clínicos**, que foram recolhidos da folha de registos de dados dos participantes e também através da análise das entrevistas. Estes dados são de extrema importância serem analisados, porque retratam a saúde dos utentes que participaram neste estudo.

No que respeita ao **estado de saúde dos participantes** é de salientar que para além da DPOC, a maior parte dos participantes tem **outras doenças associadas**, algumas delas crónicas. Dessas doenças as mais frequentes são: Hipertensão arterial (8 participantes), Hipercolesterolemia (5 participantes), Diabetes Mellitus tipo II (2 participantes), Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono (2 participantes), depressão e ansiedade também foram referidas por 2 utentes.

Por outro lado, as doenças respiratórias anteriores são antecedentes referidos pelos participantes: 2 referem ter tido bronquiolites, outros 2 referem ter tido bronquite aguda, também 2 referem ter tido Infecções respiratórias superiores agudas, 1 refere ter bronquite crónica e outro refere ter enfisema.

Em relação a problemas cardíacos, um utente refere ter como antecedente um Enfarte agudo do miocárdio e outro refere ter uma arritmia.

Em relação a problemas osteoarticulares, um utente refere osteoporose e osteoartrose e outro referiu ter sido operado a uma fratura do fémur.

Estes dados vêm de encontro a vários autores (Bugalho, 2016; Marques [et.al.],2016; Cordeiro e Menoita ,2012 e Loivos,2009); que afirmam que múltiplas comorbilidades se associam à DPOC, sendo importante o diagnóstico atempado e uma correta orientação.

Segundo Bugalho (2016), as comorbilidades mais frequentes na DPOC são: a SAOS (Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono), Neoplasia pulmonar, Obesidade, osteoporose, cardiopatia isquémica, síndrome metabólica, depressão, disfunção cognitiva e fraqueza musculoesquelética.

De seguida será apresentado um quadro com os principais dados clínicos, recolhidos pelo investigador, para além dos anteriormente explanados.

Quadro 3. Distribuição de Dados Clínicos

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Estádio DPOC	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Conhece Alguém DPOC	Não	Sim, Pai	Não	Não	Não	Sim, Mãe	Sim, Avó Materna /Marido	Sim, Irmã	Não	Sim, Amiga
Hábitos Tabágicos	Nunca	Ex- Fu	Fum	Ex- Fu	Ex- Fu	Ex- Fu	Nunca	Ex- Fu	Fum	Ex- Fu
Vigilância Serviços Saúde	USF PP	USF PP	USF	USF PH	USF PP	USF PP	USF PH	USF PH	USF PH	USF PP
Vacinação Atualizada	PNV VG Pn13 Pn23	PNV VG	PNV VG Pn13	PNV VG Pn23	PNV VG Pn13 Pn23	PNV VG Pn13 Pn23	PNV VG Pn13 Pn23	PNV VG	PNV VG	PNV VG Pn13 Pn23
Uso Inaladores	Sim (S)	Não	Não	Sim (BD e SA)	Sim (BD)	Sim (BAF)	Sim (SD)	Sim (SD)	Não	Sim (BI)
TA (mmHg)	110/80	110/60	120/65	120/70	130/80	135/70	132/70	150/90	128/70	100/65
FC (bat/m)	91	82	60	68	79	71	65	65	70	76
SatO2	94 %	97%	99%	96%	97%	98%	98%	97%	98%	98%
IMC	OB	OB	Excesso Peso	Excesso Peso	Normal	Excesso Peso	Excesso Peso	Excesso Peso	Excesso Peso	OB
Perímetro Abdominal	Risco elevado (EL) CM	Risco Muito EL CM	Risco EL CM	Risco EL CM	Sem Risco CM	Sem Risco CM	Risco Muito EL CM	Risco Muito EL CM	Risco EL CM	Risco Muito EL CM
Exercício Físico Praticado	CAM HDG	CAM BCT NT	GNT NT	CAM	CAM	NT	CAM TDM	CAM	CAM	CAM HDG

Legenda: **USF** (Unidade de Saúde Familiar); **PP** (Pneumologista Particular); **PH** (Pneumologista Hospital); **PNV** (Plano Nacional de Vacinação); **VG** (Vacina Gripe); **Pn13** (Prevenar 13); **Pn23** (Pneumo 23); **S** (Symbicort); **BD** (Brisomax Diskus); **SA** (Salbutamol); **BAF** (Brometo de aclidínio+formeterol); **SD** (Seretide Diskus); **BI** (Brometo de Ipratropio); **OB** (Obesidade); **CM** (Complicações Metabólicas); **CAM** (Caminhadas); **HDG** (Hidroginástica); **BCT** (Bicicleta); **GNT** (Ginástica); **NT** (Natação); **TDM** (Tarefas Domésticas)

Em relação ao **estádio da DPOC**, verificamos que a grande maioria se encontra no estágio 2, num total de 9 utentes e um no estágio 1, ou seja, nos estádios iniciais da doença. Estes dados vieram dar resposta a um dos objetivos do estudo, que era que o diagnóstico da

DPOC fosse detetado nos estádios iniciais, de modo a que o investigador pudesse atuar e realizar os ensinamentos o mais precocemente possível. Constatamos que cinco participantes já conheciam alguém com DPOC, especificando quem conheciam como se verifica no quadro acima.

No que concerne aos **hábitos tabágicos**, a maioria dos utentes são Ex-fumadores (6), dos restantes um nunca fumou e dois eram fumadores. É de salientar que estes dois utentes que fumavam no final do estudo deixaram de fumar, podendo afirmar que no final do estudo não existia nenhum utente fumador.

Relativamente à **vigilância dos utentes nos serviços de saúde**, verificou-se que todos os participantes se preocupam e vigiam a sua saúde, sendo todos seguidos em consultas na USF e 9 são também seguidos em consultas de especialidade, tendo periodicamente consultas de pneumologia (4 no hospital e 5 particularmente). Em relação ao cumprimento da **vacinação**, todos os utentes têm o seu PNV em dia e todos realizam a vacina gripe anualmente. Em relação às vacinas extra-plano, nomeadamente as vacinas Prevenar 13 e Pneumo 23, foram realizadas pela maioria dos utentes. A vacina Prevenar 13 foi administrada a 6 dos participantes e a Pneumo 23 a outros 6. A **terapêutica inalatória**, é utilizada pela maioria dos utentes, no entanto, 2 dos utentes referiram nunca ter realizado a terapêutica inalatória.

No que se refere à **Tensão arterial** constatou-se que a maioria dos utentes apresentava o valor da tensão arterial dentro dos parâmetros normais (DGS, 2004), excetuando um utente que estava acima do desejado. No que se refere à **frequência cardíaca e Saturação de oxigénio**, ambos os valores se encontravam dentro dos parâmetros recomendados em todos os utentes, refletindo-se que todos os participantes tinham a sua DPOC controlada.

No presente estudo também foram avaliados o **IMC e o perímetro abdominal**, com o intuito de verificar o Risco metabólico, a todos os participantes, verificando-se que a maioria dos participantes tem estes parâmetros acima dos valores recomendados pela DGS (2005).

No que concerne ao **IMC** observamos que a maioria dos participantes tem excesso de peso, num total de 6 utentes. A obesidade também é uma realidade para 3 utentes, constatando-se que apenas um utente tinha um peso normal.

Em relação ao **Risco metabólico** comprovamos que existe um risco muito elevado de complicações metabólicas nas 3 mulheres em estudo, porque apresentam perímetro abdominal superior a 88 cm. Os homens por sua vez na sua maioria, num total de 4 utentes, apresentam risco elevado de complicações metabólicas, porque tem um perímetro abdominal superior a 94 cm. No entanto 1 utente apresenta risco muito elevado dado que

apresenta um perímetro abdominal superior a 102 cm. Verificando-se que apenas 2 utentes tem um perímetro abdominal inferior a 94, logo sem risco de complicações metabólicas. Estes resultados estão em consonância com os dados do IAN-AF, que estima que 5,9 milhões de portugueses tem excesso de peso. Os indivíduos com menos escolaridade apresentam maior prevalência de excesso de peso e de obesidade abdominal (Ministério Saúde, 2018).

A **Prática de exercício físico** foi valorizada pelos participantes, no entanto o tempo que praticam o exercício e o número de dias da semana constatou-se que necessitava de ser aumentado na maioria dos participantes. Verificou-se que todos os participantes praticavam exercício físico, sendo as caminhadas o mais praticado, por um total de 8 utentes. A natação é também um exercício bastante praticado, sendo referido por 3 utentes. A ginástica por seu lado é praticada por 2 utentes, enquanto a bicicleta, a hidroginástica e as tarefas domésticas são praticadas cada uma por um utente, sendo importante referir que o mesmo utente em alguns casos pratica mais do que um exercício físico, como se pode contactar no quadro acima apresentado.

Podemos concluir, que todos os utentes estão nos estádios iniciais da doença, e dado o diagnóstico ter sido precoce, a doença está aparentemente controlada.

2.4. Instrumentos e Procedimento de Recolha de dados

A recolha de dados é uma etapa muito importante no processo de investigação, pois a sua abrangência e eficácia permitem um trabalho mais enriquecedor, devendo ser realizada em função do objetivo do estudo e, nessa medida, “a escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis” (Fortin 2009, p. 368). Este autor refere ainda que as investigações com abordagem qualitativa privilegiam os métodos de colheita e tratamento de dados flexíveis e favorecedores do aprofundamento dos conhecimentos sobre os fenómenos.

A colheita de dados foi realizada no primeiro contato com utente, na USF selecionada, aquando a verificação do diagnóstico de DPOC, confirmado pela espirometria, e posteriormente durante e após as sessões de educação para a saúde e claro através das entrevistas semiestruturadas, ou seja, oportunamente.

Os instrumentos de recolha de dados na investigação qualitativa e no método de investigação ação, podem ser recolhidos ao longo de todo o projeto de investigação, implicando uma reflexão e uma adaptação sempre que necessário. Na investigação-ação a colheita de dados incluiu factos e interpretações ou explicações desses factos, inicia-se

de modo amplo e compreensivo e à medida que as descobertas surgem orientam e focam as colheitas de dados sucessivas (Strubert e Carpentier, 2013)

Os instrumentos de recolha de dados utilizados nesta investigação foram: a entrevista semiestruturada, realizada com gravação áudio; a observação direta; uso de aparelho de espirometria; uso do computador do investigador (usado para registo de informação e também com o apoio de um retroprojektor foram essenciais nas sessões de educação para a saúde) e o uso do telefone de serviço (sempre que necessário quer para lembrar os utentes das sessões quer para esclarecimento de dúvidas. Por outro lado, tornam-se essenciais as técnicas para registo de dados, tais como: fotografias (só ao investigador e material das sessões), gravações, folha de registo de dados observados e para registo dos valores das espirometrias.

De entre os instrumentos explicitados, saliento a entrevista, dado que ela possibilitou ao investigador identificar os fatores de risco dos participantes e as suas principais necessidades na adaptação a uma doença crónica diagnosticada no momento, efetuada no início e no fim da intervenção.

Coutinho (2011) salienta que a entrevista é o principal método de recolha de dados nas investigações qualitativas, ao possibilitar ao investigador um contato direto com os participantes e o acesso a uma vasta amplitude de dados para análise, que o sujeito entrevistado transmite com base nas suas ideias e opiniões, de forma não condicionada. Ao ser não estruturada, engloba questões abertas, pelo que se apresenta como um método de colheita de dados marcado pela flexibilidade.

Antes da realização das entrevistas semiestruturadas foi essencial a elaboração de um guião previamente organizado e que é o eixo orientador do desenvolvimento da mesma (**Apêndice A**), sendo um aspeto significativo, que promoveu a fluidez da entrevista e facilitando o recordar de todos os conteúdos a focar e permitindo a livre expressão de opiniões dos entrevistados sobre cada um dos assuntos (Hernandez Sampieri, Fernández Collado e Batista Lucio, 2013).

A aplicação prévia de um pré-teste a dois utentes com DPOC não incluídos na população em estudo, foi a etapa que se seguiu, após a elaboração do guião e antes da realização das entrevistas aos participantes, de modo a avaliar se a mesma era de fácil compreensão e qual a sua aplicabilidade. Segundo Fortin (2009) o pré-teste faz a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor da entrevista de uma amostra reduzida da população. A realização do mesmo, decorreu no dia 02 de outubro de 2017, ajudando a estimar o tempo médio de duração da entrevista, aperfeiçoar a técnica, sendo também um meio de validar

a entrevista formulada. No final da realização do pré-teste, verificou-se que não era preciso alterar o guião da entrevista.

A duração das entrevistas foi de cerca de 45 minutos, deixando os utentes expressar livremente os seus pensamentos e ideias, favorecendo a exploração da resposta dos participantes, durante as quais o investigador procurou sempre dar resposta às questões da investigação e aos objetivos do estudo. As entrevistas foram gravadas em registo áudio, após consentimento informado dos participantes (**Apêndice B**). A colheita de dados efetuou-se num gabinete da USF onde decorreu o estudo, de acordo com a disponibilidade dos utentes, sendo garantida a privacidade e o conforto dos mesmos. As entrevistas realizaram-se em dois momentos distintos, antes e depois de três sessões de educação para a saúde. As primeiras entrevistas decorreram entre 25 de outubro e 15 de novembro de 2017 e as últimas entre janeiro e março de 2018.

É de salientar que no primeiro contato com os utentes foi preenchida uma Folha de Registo de dados, para recolha de alguns elementos pertinentes e que foram importantes para que o investigador ficasse a conhecer o grupo em estudo (**Apêndice C**). Estes elementos recolhidos, foram analisados, em conjunto com alguns dados recolhidos das entrevistas. Nesta análise de resultados obtidos, constam dados sociodemográficos, e também clínicos importantes para o estudo, como fatores de risco, sintomas, diagnóstico e estadios da doença.

Na sequência da descrição dos instrumentos de recolha de dados, torna-se fundamental descrever, passo a passo, o desenho de investigação delineado e implementado, após aprovação pela comissão de ética a ARS Norte:

1. Verificação dos utentes com fatores de risco e/ou sintomatologia da DPOC e confirmação do diagnóstico pela observação da espirometria realizada. Na folha de registo das espirometrias foi também registada alguma informação dos utentes, após o seu consentimento informado e esclarecido. Foram também avaliados alguns parâmetros importantes (TA, o peso e a altura) e foi fornecido o contato telefónico do investigador para qualquer esclarecimento. Esta etapa decorreu entre setembro e outubro de 2017.
2. Realização de uma entrevista semiestruturada, individual aos utentes com o diagnóstico de DPOC e planeamento com os mesmos das sessões de educação para a saúde. Esta etapa decorreu entre outubro e novembro de 2017;
3. Realização da 1ª Sessão de educação para a saúde, tendo como título “Aprender a viver com a DPOC “. Nesta sessão foram apresentados diapositivos alusivos ao tema e esclarecidas dúvidas dos participantes, sendo exclusivamente de conteúdo teórico. Realizou-se uma abordagem geral sobre a temática, onde foi apresentada

a definição de DPOC, quais os seus estadios, sintomatologia, como diagnosticá-la, quais os principais fatores de risco e complicações da doença e como combatê-los e preveni-los, como tratar e viver com a doença. Foi também dado a conhecer o dia Mundial da DPOC. Esta sessão teve uma duração de aproximadamente 60 minutos e decorreu no dia 22 de novembro de 2017. Nesta sessão foi combinado com os utentes qual a data das próximas sessões, todos concordaram que continuaria às quartas-feiras pelas 18 horas;

4. Realização da 2ª Sessão de educação para a saúde, tendo como tema “A importância da autogestão da DPOC” Esta sessão pretendeu promover a adesão ao regime terapêutico, no sentido de dar empowerment ao doente. Neste sentido, foi dada importância à gestão eficaz da medicação, reforçada a importância da nutrição e incentivado o exercício físico na DPOC. Foram, ainda, abordados temas como a sexualidade, o sono e a gestão do stress e da ansiedade na DPOC, sendo temas que despertaram particular interesse nos participantes. Foram apresentados diapositivos sobre o tema e ainda realizado o cálculo do IMC, do perímetro abdominal e da saturação de oxigénio. Teve uma duração total de 60 minutos, sendo 45 mn para a parte teórica e 15 mn para a avaliação dos parâmetros, decorrendo no dia 29 de novembro de 2017;
5. Realização da 3ª e última Sessão de educação para a saúde, tendo como tema “Benefícios da Reabilitação respiratória na DPOC.” Esta sessão decorreu com duração que ultrapassou os 60 minutos, dado que tinha uma componente essencialmente prática. Deste modo destacam-se duas partes principais, uma pequena apresentação teórica do tema (cerca de 15 minutos) e o restante tempo da sessão (mais de 45 minutos) foi prático. Esta sessão englobou o ensino e treino do autocontrolo da respiração, posições de conforto e relaxamento, ensino da tosse controlada, técnicas de conservação de energia, reforçando mais uma vez a prática de exercício físico, onde deve inspirar e expirar. Foram, ainda, abordados os recursos da comunidade, sendo fornecido aos participantes, contactos e sites credíveis relacionados com a DPOC. Nesta sessão recorreu-se ao seguinte material: espelho, halteres, bolas de ténis e de relaxamento, faixas elásticas, bastão de madeira, garrafas de água pequenas, uma almofada e uma escada de dois degraus. Esta sessão aconteceu no dia 06 de dezembro de 2017.
6. Entrevista semiestruturada individual, no fim das sessões de educação para a saúde e esclarecimento de dúvidas.

É de salientar que ao longo das sessões, foram realizadas algumas alterações de modo a adaptar as sessões às necessidades dos participantes.

No sentido de acolher os participantes e lhes proporcionar bem-estar, foi-lhes oferecido chá e bolachas, antes de cada sessão e no início das sessões, aquando a receção dos utentes foi-lhes fornecida uma pasta com elástico de tamanho A4 para que pudessem guardar os documentos fornecidos em cada sessão (**Apêndice D**) e na qual constavam também algumas folhas brancas e uma caneta, para que pudessem anotar algo que considerassem importante. Os utentes trouxeram este material para as restantes sessões.

É de salientar que todo o material usado para a realização deste trabalho de investigação foi da inteira responsabilidade do investigador, sem qualquer gasto para os utentes, ou para a USF onde decorreu o estudo.

2.5. Procedimento de análise de dados

A recolha de dados acompanha todo o processo de investigação, que deve ser congruente com os objetivos e o desenho de investigação do estudo. Segundo Streubert e Carpentier (2013), a análise de dados na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia.

Esta é uma etapa crucial no processo de investigação, sendo através do tratamento e da análise de dados que se obtém o cerne de todas as investigações, pois é com os seus resultados que se constrói a interpretação teórica do fenómeno em estudo, conforme a perspetiva dos participantes (Gonçalves 2013).

Assim, após a recolha de material registado, através da ficha registo de dados, da observação das espirometrias, das gravações das entrevistas, realização de sessões de educação e dos telefonemas realizados quando necessário, procedeu-se à análise da informação e à sua sistematização através da análise de conteúdo segundo Hernandez Sampieri, Fernández Collado e Batista Lucio (2013).

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida feita a sua codificação, organizando quadros de referência. Deste modo foram definidas categorias, subcategorias e unidades de registo, que ordenam a informação, de acordo com os discursos produzidos pelos entrevistados.

A análise de conteúdo compreende num conjunto de técnicas de análise das comunicações que procura obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009).

Na colheita de dados, é crucial recebermos dados não estruturados, para sermos nós a darmos estrutura aos mesmos. Neste sentido a **análise de conteúdo** deve seguir um conjunto de etapas sequenciais e metódicas do material em análise, onde está contemplada a sua **organização, codificação, categorização e interpretação** (Sampieri [et al.] (2006). De acordo com os mesmos autores a organização é a primeira etapa, em que se procedeu à atribuição de um código a cada entrevista de modo a facilitar a identificação de cada participante e simultaneamente manter a confidencialidade e o seu anonimato. A codificação é a segunda etapa, na qual o investigador aprofundou a leitura de todas as transcrições, sendo esta leitura mais precisa, iniciando a transformação dos dados em bruto de forma a tingir uma representação do seu conteúdo (Sampieri [et al.] (2006). A etapa que se segue, é a categorização, que consiste em agrupar as unidades de significado em categorias. Existem vários critérios de categorização, no entanto atendendo ao domínio e objetivos do estudo, utilizou-se a análise semântica (categorização temática) em que os conteúdos são condensados em grupos similares.

A última etapa é a interpretação, onde os dados recolhidos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo que possibilita a oportunidade de tratar, de forma metódica, informações recolhidas das entrevistas.

Podemos concluir que tal como afirma Sampieri [et al.] (2006), a análise de conteúdo, permitiu perceber através da voz dos participantes as suas reais necessidades de forma a ir de encontro às mesmas.

2.6. Considerações Éticas

A Ética e os seus princípios fundamentais têm obrigatoriamente de estar na essência de todo o processo de investigação, uma vez que este envolve pessoas, bem como a sua participação, pressupondo sempre o cumprimento destas considerações por parte do investigador. É dever deste respeitar os direitos dos participantes. Importando lembrar que “qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética” (Fortin, 2009, p.181). Neste sentido, o enfermeiro investigador tem a responsabilidade profissional de conduzir uma investigação que defenda princípios éticos sólidos e proteja os participantes (Streubert e Carpenter, 2013). Este trabalho foi realizado seguindo estes princípios, tendo sempre vista a dimensão ética e deontológica.

Nesta linha de pensamento, o investigador teve em consideração os artigos do código de Nuremberga, que salienta que “o consentimento informado do sujeito humano é essencial”. Deste modo, foi elaborado um consentimento informado tendo por base os princípios éticos

de pesquisa em investigação **(Apêndice B)**. Cada participante só integrou o estudo após assinarem o consentimento informado e consentirem participar no estudo.

Por outro lado, de modo a respeitar todos os princípios éticos e cumprir todos os requisitos exigidos, só foi iniciado o estudo após a obtenção de uma série de autorizações formais **(Anexos: A, B, C e D)**. Foi elaborado um pedido de autorização para a realização do estudo à Coordenadora da USF onde decorreu a investigação. A esta autorização seguiu-se o parecer favorável do conselho clínico e de saúde, nomeadamente da diretora executiva do ACES Grande Porto IV. Foi submetido um pedido de autorização à Comissão ética para a saúde (CES) da ARS Norte, que aprovou favoravelmente a realização deste estudo, atribuindo-lhe o n.º T662. Também, foi solicitado parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), tendo sido favorável.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta etapa, que corresponde ao terceiro capítulo do trabalho de investigação, reporta-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, através das entrevistas, tendo como propósito dar resposta aos objetivos preconizados.

A análise das entrevistas é efetivada antes e depois das sessões de educação para a saúde.

3.1. Análise das entrevistas antes das sessões de educação para a saúde

Iniciamos esta etapa através da análise das entrevistas antes das sessões de educação para a saúde, ou seja, em alguns casos logo após o diagnóstico de DPOC. Esta primeira análise pretende compreender quais as principais dúvidas e dificuldades dos participantes, para posteriormente realizar as sessões de educação indo de encontro às necessidades dos mesmos e esclarecer possíveis dúvidas.

Determinamos realizar simultaneamente a interpretação e discussão dos resultados de modo a facilitar a leitura e organização. Após a análise e reflexão dos resultados obtidos, será possível obter conclusões importantes, que é o intuito deste trabalho, aprofundar conhecimentos, nomeadamente nesta fase inicial da doença, compreendendo na sua essência e na sua verdade estas pessoas, que são únicas, enquanto seres multidimensionais.

Foi sempre lembrada durante as entrevistas e durante a análise das mesmas a subjetividade de cada participante, na esteira de que “cada um de nós é um ser humano único, portador de características específicas, possuindo uma forma particular de reagir, de interagir, de pensar e de interpretar a realidade. É um sinal de riqueza que tenhamos quer atitudes, quer visões muito próprias das coisas, dos outros, do mundo, da vida (Correia e Lopes, 2014).

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos utentes com DPOC, no início do estudo, sobressaíram cinco (5) áreas temáticas, vinte e cinco (25) categorias e treze (13) subcategorias, que se apresenta no quadro 4, sendo que em Apêndice(E) se encontra o quadro onde também constam as unidades de registo.

Quadro 4. Áreas Temática, Categorias e Subcategorias- Pré- Sessões

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Conhecimento sobre a DPOC	Conceito da doença	Presente Ausente
	Diagnóstico Precoce	
	Complicações	
	Informação	
	Fatores de risco	
Reconhecimento da sua situação	Fatores de risco	Tabagismo Doença respiratória anterior Profissão de risco
	Sintomas	Cansaço Dispneia Tosse Expetoração Pieira Rouquidão
	Complicações	
	Tratamento	Presente Ausente
	Exames complementares de diagnóstico	
Atividades da Vida Diária	Caminhar	
	Subir Escadas	
	Limpar a casa	
Sentimentos face à doença	Sufrimento Surpresa Negação Revolta Ansiedade Baixa autoestima Preocupação Tristeza Resignação Aceitação	
Conhecimento sobre cuidados de enfermagem de reabilitação	Presente	
	Ausente	

Depois da identificação das áreas temáticas, procedemos à análise de cada uma com as respetivas categorias, subcategorias e unidades de registo, assim como à interpretação e discussão dos resultados obtidos.

Conhecimento sobre a DPOC

Relativamente à análise das entrevistas sobre área temática: “Conhecimento sobre a DPOC” emergiram 5 categorias: Conceito doença, Diagnóstico precoce, Complicações, Informação e Fatores de risco.

Em relação à **categoria conceito da doença**, salientaram-se duas subcategorias: presente e ausente.

Do discurso dos participantes, verificou-se que a maioria, num total de 10 participantes, tinha ausente o conhecimento sobre o conceito da doença, destacando-se as seguintes afirmações:

“É a 1ª vez que estou a ouvir falar... Nunca ninguém me disse que tinha uma doença crónica...” E2;

“Não. Estou a saber por si!” E5;

“Não, não sabia. Nunca tive nenhuma formação sobre esta doença. Estou agora a saber algumas coisas... Eu escuto muito os médicos na televisão, mas nunca ouvi falar da DPOC” E10;

“Estou a saber agora! Mas não sei descrever o que é” E11

Dos participantes apenas 3 demonstram ter presente algum conhecimento sobre o conceito da doença, afirmando que:

“Sei que é uma doença dos pulmões, que se for crónica que não há hipótese, mas responder mais coisas não sei...É muito importante estar informado sobre a minha saúde” E1.

“...sei o que é a Bronquite Asmática, não se pode viver sem medicamentos, se não fica sem falta de ar e parece que o peito me arrebenta...apanhei esta doença há 37 anos...! E3.

“sim, assim que soube do diagnóstico informei-me sobre a DPOC” E13.

A maioria dos participantes desconhece em concreto a doença que lhe foi diagnosticada, constatando-se ser fundamental informar os utentes com DPOC sobre o conceito da doença, para que estes se consciencializem da sua verdadeira importância e da sua gravidade, tendo em conta que esta é uma doença pulmonar obstrutiva crónica. Neste sentido as sessões de educação para a saúde constituem um meio importante de literacia em saúde para estes doentes.

Marques (et, al, 2016, página187), define a DPOC, de um modo simples e compreensível, para que a população em geral a possa assimilar:

“• **Doença-** Existe alteração do estado normal de saúde;

- **Pulmonar**- Ocorre nos pulmões;
- **Obstrutiva**-Há dificuldade na passagem de ar nos pulmões;
- **Crónica**- Perdura e desenvolve-se ao longo do tempo.”

Esta autora refere que a DPOC causa dificuldades respiratórias, que ocorrem nos pulmões essencialmente por dois motivos: porque este tem dificuldade em libertar o ar acumulado ou devido a não ter espaço suficiente para receber ar.

Em relação à **categoria diagnóstico precoce**, verificamos que todos os participantes compreendem a importância do diagnóstico precoce. Quando questionados se é importante a precocidade do diagnóstico, respondem que sim, tal como se podem verificar nas suas afirmações:

“...sim, para não deixar adiantar” E1;

“Eu penso que quanto mais cedo melhor. Deixar avançar é pior...” E2;

“Sim, eu acho que é uma mais valia! Quanto mais cedo soubermos mais cedo tratarmos!” E6;

Estas afirmações vêm reforçar a pertinência deste estudo, sendo do senso comum que uma doença quanto mais precocemente for diagnosticada mais precocemente se trata. No entanto os doentes presentes neste estudo não sabem especificar quais os benefícios do diagnóstico precoce na DPOC, sendo este um dos assuntos a abordar nas sessões realizadas.

A importância do diagnóstico precoce é salientada pela DGS (2013), afirmando que o diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento são imprescindíveis para uma correta abordagem e eficácia na melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações, e atraso no declínio da função pulmonar.

Podemos afirmar, inclusive, que constituem prioridades do PNDR em harmonia com o projeto GOLD, aumentar a acessibilidade à espirometria a nível dos CSP, de modo a promover não só o diagnóstico correto da DPOC, mas também que o mesmo seja precoce (DGS, 2016).

No que concerne à **categoria complicações**, podemos concluir que no início do estudo nenhum utente sabia quais as complicações da DPOC, o que se comprova porque quando questionados sobre as possíveis complicações da sua doença, um utente responde:

“Não sei responder...” E1;

Os restantes utentes afirmam:

“Não tenho conhecimento...” E2 a E13.

Tornou-se deste modo essencial informar os utentes com DPOC das possíveis complicações da sua doença, de modo a poderem evitá-las.

Almeida ([et al.], 2016) salientam que os fatores mais frequentes de agravamento da doença são: os poluentes domésticos e ambientais (tabaco, detergentes de limpeza, perfumes, fumos de exaustão, gases); as infeções respiratórias (gripes, constipação, bronquite, pneumonia) e as alterações de temperatura (calor ou frio extremo, vento e humidade). No entanto também interferem com este agravamento as emoções, nomeadamente a agressividade, ansiedade e stress.

Na **categoria informação**, podemos salientar que todos os participantes referiram ser importante estar informados sobre a sua doença e quando questionados sobre essa importância afirmaram:

“É muito Importante estar informado sobre minha saúde” E1;

“Eu acho que é uma mais valia.” E2;

“Nós temos de estar informados, para conhecermos a nossa doença. Temos de ser médicos de nós mesmos!” E6;

O acesso à informação é essencial face ao diagnóstico de DPOC, sendo essa a opinião de todos os participantes, no entanto a maioria ainda não demonstrava no início do estudo ter acesso a essa informação. Na DPOC é fundamental começar pela educação para a saúde, para que o doente compreenda a importância de se cuidar e de tratar a sua doença para evitar complicações.

A Informação sobre a DPOC, segundo Marques [et al.], 2016) deve contemplar a etiologia, fatores de risco e tratamentos disponíveis (farmacológicos e não farmacológicos).

Informar a pessoa com DPOC contribui para aumentar os seus conhecimentos, de modo a que esta possa adquirir instrumentos bases para lidar com a doença e retardar as possíveis complicações da mesma.

Segundo a ONDR (2018), existe atualmente mais informação disponível, o que exige mais acesso a terapêuticas e recursos tecnológicos avançados, de forma a dar resposta plena às necessidades da população, nomeadamente com doenças crónicas, com repercussões no aumento da longevidade.

Segundo Kara (2005), citado por Magalhães (2009), há necessidade de formação dos enfermeiros, quer na formação inicial, quer na formação avançada e contínua, que

desenvolva as competências necessárias para uma prática diária de promoção de saúde, pela importância do papel das enfermeiras na luta da pandemia da DPOC, no sentido de promover e manter a saúde das pessoas durante o maior tempo possível. Salientamos o papel do enfermeiro de reabilitação como formador, sendo fundamental que este pela sua competência mobilize novos saberes na prática do cuidar a pessoa com DPOC, e estabeleça uma gestão eficaz dos programas de Reabilitação Respiratória, focados na importância de dotar a pessoa de capacidades e conhecimentos para lidar com a sua doença.

O ONDR (2009), citado por Cordeiro e Menoita, reforça que *“o reconhecimento da importância de um papel ativo dos doentes na gestão da sua doença crónica, partilhada com os profissionais de saúde, e na seleção de tratamentos mais apropriados, assume-se fulcral para assegurar um novo paradigma de prestação de cuidados centrado no doente”*.

A educação para a saúde deve também ter em conta a família dos utentes, até porque segundo Cordeiro e Menoita (2012), a doença não afeta apenas a pessoa com DPOC, mas todos os elementos da família que lhe são próximos e que frequentemente necessitam de apoio para melhor se organizarem e ajustarem aos desafios impostos pela doença.

A informação relacionada com o estilo de vida dos utentes com DPOC e da sua família pode ser útil para perceber se têm um estilo de vida ativo ou sedentário e para compreender como se podem implementar algumas estratégias de reabilitação, como o exercício físico no seu dia a dia (Cordeiro e Menoita, 2012). Os Programas de reabilitação devem assentar na educação do doente e dos seus cuidadores (Marques [et al.], 2016). A obtenção da informação é deste modo essencial para o conhecimento, quer por parte dos enfermeiros, quer por parte dos doentes.

Na **categoria** relativa ao conhecimento sobre aos **fatores de risco** constatamos que a maioria dos participantes (dez) não soube dizer quais os fatores de risco para DPOC, excetuando três dos participantes, que demonstraram reconhecer o tabaco como um fator de risco, afirmando:

“...hoje em dia digo aos outros para não fumar e não suporto o cheiro! Desde que saiu a lei do tabaco deixei de fumar, 90% das casas não tem condições de ventilação. Deixei de fumar porque tive força de vontade.” E2;

“Hoje é impensável fumar, alerto as pessoas para não fumar e até o cheiro me incomoda.” E3;

“Deixei de fumar há 20 anos, quando Drª me disse que tinha mesmo de deixar. Peguei num palito cada vez que queria fumar e depois deixei o palito.” E9.

Do discurso dos participantes realça-se o facto de reconhecerem o tabaco como um fator de risco, no entanto, apesar deste ser o principal fator de risco, existem outros fatores que estão na origem desta doença.

Estes resultados vêm reforçar a importância de ser explicado aos utentes quais os fatores de risco para DPOC, até porque esta é uma doença multifatorial, sendo vários os fatores de risco que contribuem para o aparecimento e exacerbações da doença.

Segundo o Global Burden of Disease, em 2016, em Portugal cerca de 41% do total de anos de vida saudável são perdidos por morte prematura, que poderia ser evitado se fossem eliminados os principais fatores de risco modificáveis (citado em Ministério da Saúde, 2018). O tabaco e os agentes poluentes são os maiores causadores da DPOC. Podemos afirmar que fumar é meio caminho andado para ter, entre outras doenças, uma DPOC (Ramos, 2016) e de acordo com Almendra e Miranda (2008) a DPOC é uma doença crónica associada ao tabaco, à exposição profissional a poeiras e ao fumo, à utilização de fogões a madeira e carvão em recintos fechados, à exposição ao ar poluído. O fator genético também está associado a esta doença.

Reconhecimento da sua situação

Da análise das entrevistas sobre a área temática “Reconhecimento sobre a sua situação” destacam-se 5 categorias: fatores de risco, sintomas, complicações, tratamento e exames complementares de diagnóstico, onde sobressaem 11 subcategorias, que serão descritas na respetiva categoria.

Esta área temática é crucial ser trabalhada uma vez que é essencial que todos os utentes com DPOC se possam consciencializar da sua doença e dos riscos e complicações inerentes à mesma. Atualmente, a GOLD, tem entre os seus objetivos divulgar a DPOC, consciencializar as pessoas para esta doença e diminuir a morbilidade crónica e a mortalidade que provoca.

Em relação à **categoria fatores de risco**, todos os participantes conseguiram reconhecer alguns dos fatores de risco que contribuíram para a sua doença. Desta categoria emergiram 3 subcategorias: Tabagismo, Doença Respiratória anterior e Profissão de Risco.

A subcategoria Tabagismo emergiu, sendo reconhecido por 10 dos participantes:

“O tabaco, fumei durante vários anos” E2; E5; E6; E7; E9; E12; E13

“Sempre fumei, comecei a fumar e a brincar!...Fumei muitos anos até que me reformei...Fumei durante 14 anos. Hoje em dia nem gosto do cheiro do tabaco.” E3;

“... Sou fumador... Antigamente não se sabia que fazia mal, era moda e depois vicia...”
E11.

Estas afirmações realçam que a maioria os participantes reconhecem o tabaco como fator de risco para a sua doença. No entanto existem 3 utentes que desconhecem este fator de risco.

O Tabagismo será um tema a abordar na primeira sessão de educação para a saúde, sendo de extrema importância porque este é o principal fator de risco para a DPOC, segundo Almeida ([et al.], 2016) o tabaco é o poluente que mais frequentemente danifica os pulmões, sendo a principal causa da DPOC. Com o avançar da idade a função pulmonar diminui, sem nunca chegar a valores de doença, no entanto se a pessoa fumar esse declínio é muito acelerado causando doença. No entanto, se o doente parar de fumar esse declínio pode ser reduzido, ou mesmo parado, evitando-se o agravamento desta incapacidade e a propensão para infeções ficará mais reduzida, levando a uma melhor qualidade de vida.

Podemos concluir, que dado que o principal fator desencadeador da DPOC é o fumo do tabaco, tanto para fumadores ativos, como para os que a ele estão expostos passivamente, e existindo uma relação clínica e estatística direta entre prevalência/mortalidade da DPOC e o tabagismo, a cessação tabágica torna-se uma estratégia crucial para impedir o avanço da DPOC (DGS, 2017; Gold 2017; OE,2017).

A subcategoria Doença Respiratória anterior, adveio do reconhecimento deste fator de risco por 8 participantes:

“Todos tivemos, de pequenos, doenças respiratórias...tive de velinha na mão de pequena para morrer...Foram as doenças Infância” E1;

“O meu pai faleceu com problema pulmão, no sanatório... Eu apanhei esta doença há 37 anos, por uma corrente de ar!...tive de ir pneumologista...Tive bronquite asmática” E3;

“Foi a Bronquite crónica.” E5 *“Um dia senti-me mal tive de ir ao HSJ, pensei que não ia aguentar. O meu pai e duas irmãs também tiveram problemas respiratórios.”* E7;

“Já tive uma pneumonia forte antes. Tive 23 dias de cama. Depois disso fiquei sempre com sequelas.” E10;

Constatou-se que alguns dos participantes reconheceram que as doenças respiratórias anteriores são um fator de risco para a sua doença, muitos porque tinham desde crianças doenças respiratórias, outros na idade adulta e outros viram nos seus familiares essa realidade. Dessas doenças destacam-se as bronquiolites, a asma, bronquite crónica, a tuberculose e a pneumonia.

A história de infeções graves a nível respiratório, na infância, parece estar associada a uma função pulmonar reduzida e ao aumento dos sintomas respiratórios na fase adulta. Tal como a suscetibilidade para infeções respiratórias parece ter um papel importante nos episódios de exacerbações da DPOC (GOLD, 2011; Cordeiro e Menoita 2012).

As doenças respiratórias anteriores são um fator de risco a ter em conta, pelo que é de extrema importância informar os doentes sobre esta realidade. Este será um tema a debater nas sessões de educação, até porque a sua importância não se prende só com o passado, mas também com o presente e o futuro, porque outras doenças respiratórias podem surgir com a evolução da DPOC e levar à sua exacerbação.

Outra subcategoria, que sobressaiu do Reconhecimento da sua situação, foi a Profissão de Risco, verificando-se com a análise das entrevistas que 6 dos participantes reconheceram este como sendo um fator de risco para a DPOC:

“... fui bombeiro, apanhei muito fumo nos incêndios porque estava sempre na linha da frente e também trabalhei com granitos nas obras...” E6;

“As alergias quando trabalhava como pintor de automóveis, os cheiros que eu respirei... era tão forte que até os pelos do nariz ficavam colados, desde aí nunca fiquei bem!” E7;

“... o fumo do soldar, que eu era soldador.” E9;

“Andei embarcado ao bacalhau, andei por climas extremos...na pesca e nas estivas...nas cargas e descargas.” E12.

Através da leitura destas afirmações, verifica-se que cerca de metade dos participantes tem consciência que ter uma profissão de risco pode contribuir para o aparecimento da DPOC. Neste estudo constatamos que, entre os participantes, existem algumas profissões de risco, nomeadamente pintores de automóveis, soldadores, trabalhadores das obras e bombeiros, sendo que cada um trabalhou diretamente com produtos nocivos para a saúde (produtos irritantes ou fumos). Também os pescadores que passam longos meses num barco expostos a temperaturas extremas ou os transportadores de cargas também eles expostos a estas temperaturas reclamam que a sua saúde, nomeadamente a respiratória ficou exposta a várias doenças, nomeadamente a DPOC e Marques ([et al.], 2016) afirmam que entre os fatores de risco está a exposição no local de trabalho a produtos químicos e poeiras (exemplo: vapores, produtos irritantes ou fumos) e Almeida ([et al.], 2016) salienta, ainda, o papel das alterações extremas da temperatura, do calor e frio extremo, do vento e humidade.

A Fundação Portuguesa do Pulmão (2018), alerta a população portuguesa para as consequências dos incêndios, afirmando que os seus efeitos sobre a saúde respiratória das populações são muito penalizadores, sendo causa de processos inflamatórios de toda

a via aérea. Este tem um marcado efeito nefasto sobre todos os que integram os grupos mais vulneráveis, nomeadamente nas crianças, idosos, doentes cardiovasculares, todos os que sofrem de doenças crónicas e os que no terreno os combatem.

Em relação à **categoria sintomas**, salientaram-se 6 subcategorias: Cansaço, Dispneia, Tosse, Expetoração, Pieira e Rouquidão.

Segundo Ramos (2016), os sintomas da DPOC são, geralmente, a tosse, expetoração e dificuldade (mais ou menos acentuada) em respirar. Esta dificuldade acontece porque o ar entra nos pulmões, mas, com a destruição do tecido pulmonar e a perda da elasticidade dos bronquíolos e alvéolos, a expiração torna-se difícil e o ciclo respiratório é comprometido.

Dos discursos dos participantes, verificou-se que a subcategoria cansaço foi reconhecida por 8 utentes, como um dos principais sintomas da DPOC, salientando-se as seguintes afirmações:

“Sei que fico cansada ...” E1;

“Muito cansado, ... e o peito parece que rasga, fico fraco” E3;

“Cansaço fácil...” E6; E7;

“É principalmente o cansaço se fizer esforços.” E13.

Segundo Marques ([et al.],2016) os sintomas podem ser diferentes de pessoa para pessoa, salientando que os indivíduos com DPOC podem ter um ou mais sintomas. Estes podem apresentar: cansaço, falta de ar, tosse, expetoração, pieira, chiadeira ou “gatinhos” no peito e ansiedade.

A Subcategoria dispneia, por outro lado, foi reconhecida por 6 participantes, salientando-se da análise das entrevistas as seguintes afirmações:

“Sei que fico...abafada ...” E1;

“Sinto falta de ar...” E2;

“Falta de ar que melhora com a bombinha.” E10;

“... falta de ar. Por vezes até respiro fundo” E12

A Dispneia é um dos sintomas mais frequentes na DPOC e segundo Hoeman (2011), caracteriza-se pela sensação de dificuldade respiratória associada a um aumento do esforço para respirar, manifestando-se de várias maneiras, mediante cada pessoa. Cada um tem terminologia diferente para descrever a forma como sente a dispneia, como por exemplo: respiração de pequena duração; dificuldades em respirar; sufocação e aperto torácico. Segundo o mesmo autor, entre as várias causas da dispneia está a DPOC.

A dispneia é definida segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, p.72) como:

“um processo do sistema respiratório com características específicas: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circundante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios, adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácico, expiração com lábios franzidos, trémulo e sensação de desconforto.”

Em relação à subcategoria Tosse, foi reconhecida por 5 participantes, afirmando ser um dos sintomas presentes associados à DPOC:

“...começo agora a ter tosse ...” E2;

“Tenho tosse...” E4; E6; E8; E11.

Constatamos que apenas alguns participantes reconhecem a tosse como sintoma da DPOC. Segundo Sousa (2015) entre os sintomas e sinais clínicos da DPOC está a tosse crónica, produção de muco e falta de ar. Almeida ([et al.], 2016) também referem que entre os sintomas da doença está tosse e expetoração praticamente diárias, para além da pieira e da falta de ar inicialmente com esforços maiores e posteriormente no dia-a-dia. Também, a Ordem dos Enfermeiros (2017) refere que um dos sinais e sintomas da DPOC é a tosse e expetoração, predominantemente durante o período da manhã ou ao longo de vários dias.

A tosse é o principal mecanismo fisiológico responsável pela limpeza das vias aéreas ou *clearance* de secreções das vias respiratórias. No entanto quadros persistentes de tosse levam a várias complicações, sendo a tosse crónica a 5ª causa mais comum de procura de assistência médica no mundo, com prevalência que varia entre 14 a 23% em pessoas adultas, não tabágicas. O ensino da tosse controlada é uma técnica que os doentes com DPOC devem aprender, pelo que foi um dos temas planeados para a sessão de educação em saúde. Esta constitui uma componente essencial de um programa de reeducação respiratória.

Outra subcategoria que se destacou da análise das entrevistas é a expetoração, sendo referida por 5 doentes:

“... começo agora a ter...expetoração...” E2;

“Tenho...expetoração” E4; E6; E8; E11.

A expetoração é um sintoma que independentemente da sua característica pode indicar DPOC, sendo que o aumento de seu volume e o fato de ser purulenta, traduz um aumento de mediadores inflamatórios que podem acompanhar as exacerbações da DPOC (GOLD, 2011).

Dado a expetoração ser um sintoma presente na DPOC e nomeadamente nos participantes no estudo, tornou-se imperativo falar na higiene brônquica, salientando a sua importância no decorrer das sessões de educação.

A **higiene brônquica** consiste num conjunto de técnicas que ajudam a mobilizar a expetoração para as zonas superiores do tórax e que facilitam a sua expulsão. A expetoração como habitualmente é espessa e viscosa, bloqueia as vias respiratórias tornando a respiração mais difícil. A juntar a isso, a acumulação de expetoração nos pulmões pode causar infeções respiratórias. Nesse sentido, algumas técnicas de higiene brônquica (ex.: tosse, huffing e Ciclo Ativo das Técnicas de Respiração – ACBT) podem ser demonstradas e praticadas para consolidar estes conhecimentos. (Marques [et al.], 2016).

Estes autores, referem que, o principal objetivo da higiene brônquica é auxiliar a mobilização e a remoção de secreções, com o propósito de melhorar as trocas gasosas e reduzir o trabalho respiratório

Relativamente à subcategoria Pieira, este sintoma foi referido por 5 participantes:

“... pieira e chiadeira de noite. Tenho cobertores com pêlo, tenho de mudar para um quentinho, mas sem pêlo” E6;

“Tenho por vezes chiadeira.” E9; E11; E12

Segundo Marques ([et al.],2016) entre os sintomas da DPOC está a pieira, também conhecida como chiadeira ou “gatinhos”. A pieira é um sintoma característico na DPOC, sendo um sintoma inespecífico, sem implicar necessariamente alterações na auscultação pulmonar e que pode surgir por curtos períodos num dia (GOLD, 2011).

Costa (2017) descreve que os sintomas da DPOC incluem dificuldade respiratória, tosse, produção de muco (expetoração) e sibilos, sendo este o termo médico para designar pieira. Segundo Bugalho (2016) a pieira ou sibilância, é definida como uma sonoridade aguda, de alta frequência, audível pelo doente ou perto do mesmo e ocorre predominantemente na expiração, resultando da obstrução parcial do fluxo das vias aéreas.

Da categoria Sintomas emerge ainda a subcategoria Rouquidão, sendo referida por um participante, que afirma:

“A minha voz não é normal. Tenho rouquidão...” E1

A rouquidão (disfonia) é definida como um distúrbio caracterizado por alteração na qualidade vocal, frequência ou intensidade, ou esforço vocal que limita a comunicação ou causa impacto negativo na qualidade de vida relacionado com a voz (Behlau e Oliveira, 2009).

A rouquidão não é um dos sintomas diretos da DPOC, no entanto pode surgir nesta doença, sendo que uma das causas da rouquidão é o tabagismo e alguns utentes, como vimos também na afirmação anterior, consideram a rouquidão como um sintoma da sua doença. É importante educar no sentido de incentivar a hidratação dos doentes e de evitar irritantes (fumo do tabaco, mesmo que passivo, químicos inalantes e poluição), treino bocal e amplificação da voz (Behlau e Oliveira, 2009).

A rouquidão também pode surgir, na DPOC, como sinal de uma infeção respiratória, que deve ser despistada. Por exemplo uma das causas de exacerbação da DPOC é a traqueobronquite aguda, que é uma infeção respiratória aguda, baixa, ou seja, que ocorre nos brônquios e na traqueia que leva ao edema da mucosa, à hiperprodução de muco e ao estreitamento destes canais nos pulmões. É de salientar que a traqueobronquite aguda pode complicar-se em doentes debilitados, com baixa imunidade ou patologias crónicas, como é o caso da DPOC (Pádua, 2003).

Segundo a DGS (2013), recomenda-se que a avaliação e a etiologia dos sintomas sejam investigadas pormenorizadamente, porque os doentes normalmente desvalorizam estes parâmetros por estes estarem ausentes em repouso ou por autolimitação da atividade física, o que não é de todo recomendado.

Assim, podemos afirmar que é de extrema importância que todos os pacientes com DPOC conheçam os sintomas da sua doença e saibam como controlá-los e até evitá-los.

Outra **categoria** que se destaca são as **complicações**, no entanto a maioria dos participantes quando questionado não reconhecem as possíveis complicações da doença, sendo reconhecidas apenas por 2 participantes, que afirmaram:

“No natal passado comecei a dormir mal...Tive pneumonia e fui internado. Estamos mais suscetíveis devido a esta doença.” E3;

“Um dia senti-me tão mal que tive de ir para HSJ, pensei que não ia aguentar... Não é fácil perceber que temos de fazer medicação para toda a vida.” E7;

Nesta categoria, verificamos que a maioria dos entrevistados não reconhece as complicações da DPOC, pelo que se constituiu como um dos temas que importa abordar

nas sessões de educação. Essa abordagem é importante essencialmente na sua vertente preventiva, mas também, na identificação e atuação face aos primeiros sinais e sintomas.

Embora a DPOC se possa manter numa fase estável durante algum tempo, com a progressão natural da doença, podem surgir várias complicações, entre as quais: exacerbações ou crises (onde ocorre agravamento dos sintomas habituais); maior suscetibilidade para infeções respiratórias; insuficiência respiratória crónica (com necessidade de oxigénio e/ou ventilação); incapacidade para o trabalho e vida pessoal e também pode levar à morte prematura.

Entre as possíveis complicações da DPOC estão o desenvolvimento de infeções respiratórias, que são as principais causas de hospitalização na DPOC (Marques [et al.], 2016).

A ocorrência de uma insuficiência respiratória é também uma das possíveis complicações, sendo de salientar que a DPOC e a insuficiência respiratória em simultâneo, podem representar um desafio, uma vez que a DPOC já pressupõe um grau de insuficiência respiratória (Pádua, 2003).

A DPOC associa-se a múltiplas comorbilidades que contribuem para aumentar a gravidade da doença, pelo que devem ser ativamente investigadas e tratadas. Podemos afirmar que, independentemente da estratificação de risco são fatores de agravamento da DPOC a existência das seguintes comorbilidades: doenças cardiovasculares; doenças neuromusculares; deformidade da caixa torácica; Síndrome apneia obstrutiva do sono; cancro do pulmão; osteoporose e osteopenia; ansiedade e depressão e síndrome metabólico (DGS 2013).

Este é um tema crucial que será abordado pormenorizadamente nas sessões de educação, com ênfase na prevenção de complicações e exacerbações

Quanto à **categoria tratamento**, esta divide-se em duas subcategorias: presente e ausente.

Verificou-se através da análise das entrevistas que 5 dos participantes não sabiam como tratar a sua doença, sendo-lhes atribuída a subcategoria ausente, porque quando questionados mostraram ausência total de conhecimento, ao afirmarem:

“Não sei. A enfermeira agora é que me vai dizer!” E6;

“Não sei. Não faço medicação neste momento para a doença...” E9; E11

“Não sei. Se o Sr. Doutor e você não me ensinarem eu não sei!” E10;

No entanto 8 dos participantes reconhece algum método de tratamento, tendo-lhes sido atribuída a subcategoria presente:

“Só sei que tenho a bombinha em SOS...” E1;

“...Já fiz as vacinas: pneumo 23, prevenir 13 e gripe...Sou seguido num pneumologista” E2;

“...Além da medicação não tenho mais conhecimento dos tratamentos.” E3;

Nestas afirmações verificamos que os utentes entrevistados ainda desconheciam os tratamentos da DPOC, principalmente a abordagem não medicamentosa, associando o tratamento essencialmente à medicação (nomeadamente à terapêutica inalatória) e à vacinação (através da vacina da gripe, Pn 23 e Pn 13).

Um tratamento adequado e sempre que possível precoce na DPOC é a chave de ouro no sentido de evitar as exacerbações da doença e retardar as suas complicações, para que o doente possa ter uma boa esperança de vida e viver com mais qualidade, dado que esta doença tem várias comorbilidades associadas.

O tratamento da DPOC deve incidir em duas abordagens essenciais: a abordagem medicamentosa e a não medicamentosa (Nazir et.al, 2009; DGS, 2019 e GOLD 2011). No regime terapêutico medicamentoso os medicamentos mais utilizados são os broncodilatadores (BD), que podem ser de curta ou longa duração, combinações de um ou mais BD, anti-inflamatórios, mucolíticos, antibióticos, vacinas (para prevenir as infeções respiratórias). Em alguns doentes com hipoxemia frequentemente é usada a oxigenioterapia e a ventiloterapia não invasiva (Nazir et al, 2009; GOLD 2011).

O regime terapêutico não medicamentoso baseia-se no treino de técnicas de reeducação funcional respiratória, da gestão do esforço, de conservação de energia, contemplando também a evicção tabágica e as medidas de higiene e dietéticas (Nazir et al 2009; GOLD 2011).

Outra categoria que vem reforçar a área temática Reconhecimento da sua Situação, é a **categoria exames complementares de diagnóstico**, onde verificamos que no início do estudo, apenas 3 dos participantes manifestam saber qual o exame que lhes diagnosticou a DPOC, que podemos comprovar pelas seguintes afirmações:

“Inicialmente tentei fazer o exame de bufar, não consegui. Só consegui... depois de fazer a medicação que eles me deram.” E1;

“... fazia muitos exames e nunca me detetaram nada... só agora com a espirometria é que detetaram a minha doença.” E3;

“Já fiz alguns anos a espirometria, deu tudo bem, agora é que deu alterada.” E9;

Podemos verificar nestas afirmações que os participantes desconhecem muitos dos exames complementares de diagnóstico, pelo que será um dos temas a abordar.

A espirometria é um dos exames reconhecidos pelos utentes nas entrevistas, e que os doentes com DPOC associam ao seu diagnóstico. A espirometria (do latim *spirare* = respirar + *metrum* = medida) é a medida do ar que entra e sai dos pulmões. É um teste que auxilia na prevenção e permite o diagnóstico e a quantificação dos distúrbios ventilatórios. Este exame deve ser parte integrante da avaliação de pessoas com sintomas respiratórios ou com doença respiratória conhecida (Pereira, 2002 citado por Sousa (2015)). A espirometria é o exame de eleição para o diagnóstico e verificação da evolução/estádio da DPOC, no entanto existem outros exames que o utente pode necessitar de realizar, nomeadamente análises sangue; gasimetria arterial; radiografia ao tórax; prova de marcha de 6 minutos; colheita de expetoração e estudo do sono, entre outros.

Atividades de Vida Diária

Após a análise das entrevistas sobre a área temática: “Atividades de Vida Diária”, no início do estudo, destacam-se 3 categorias: caminhar, subir escadas, limpar a casa.

No que respeita à **categoria caminhar**, 4 dos participantes referem alterações na realização desta atividade, referindo que realizam caminhadas de menos quilómetros e que sentem dificuldade em fazer longas caminhadas, afirmando:

“Uma altura deixei o carro longe e faltou-me o ar... quero caminhar e não posso” E4;

“Muito cansaço, faço qualquer coisa e canso-me. Subo as escadas e canso-me.” E8;

“Canso-me mais, fico sem folego facilmente. Ando 3 km e tenho de me sentar...” E9; “

“Custa-me caminhar, tenho de parar um pouco para recuperar.” E11

Nestas afirmações verificamos que uma das atividades para a qual os participantes referiram ter dificuldade em desempenhar são as caminhadas.

A **categoria subir escadas**, é também uma AVD referida por 3 dos participantes, onde os mesmos salientam ter dificuldade em subir escadas:

“Cansaço fácil, exemplo subir escadas” E6;

“Custa-me subir escadas depressa...” E11.

Também a **categoria limpar a casa**, emerge nesta área temática, sendo salientada por um dos participantes, demonstrando que era uma atividade que antigamente fazia sem qualquer ajuda e que hoje não conseguia realizar sozinha:

“Temos uma casa enorme, com muitos quartos para os filhos todos, 4 casas de banho, sala enorme, um sótão grande e uma cave etc. e não consigo limpar sozinha, tenho de pedir a uma senhora para me ajudar.” E7.

As atividades de vida diária (AVD) são parte integrante do quotidiano de cada pessoa, englobando atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades e exigência de vida do dia-a-dia (Menoita, 2012). Esta autora citando Marques (2007, p.46) define que estas são “atividades que realizamos desde que nos levantamos até que nos deitamos, ou seja, são todas as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independentemente”, ou seja, as AVD são todas as atividades essenciais para que possamos viver num mundo social, estando relacionadas com a sobrevivência e com o bem-estar.

Também, Velloso e Jardim (2006) referem que as AVD são definidas como tarefas que a pessoa desempenha todos os dias, e distinguiu que as atividades básicas são todas aquelas que são realizadas no cotidiano de forma automática (higiene pessoal, tomar banho, vestir, calçar e deambular) e as instrumentais são aquelas atividades mais complexas de trabalho e que necessitam de maior independência funcional (cozinhar, colocar os utensílios em armários, arrumar a cozinha, lavar a roupa).

No entanto para Blanco (2007), existem 3 tipos de AVD que se podem avaliar. Este autor veio acrescentar à necessidade de avaliar as ABVD e AIVD, as atividades avançadas (AAVD). Estas avaliam atos complexos como atividades de lazer e tempo livre (teatro, viagens, entre outros), e salienta a importância da manutenção destas AVD ou a sua recuperação em caso de perda, e que este deve ser um dos principais objetivos no planeamento de cuidados de enfermagem.

Efetivamente as AVD são atividades realizadas no dia-a-dia de cada pessoa de forma independente, mas na pessoa com DPOC esta realidade está ou pode vir a alterar-se, atendendo a que no percurso da doença terá maior ou menor dificuldade em realizá-las, dependendo do comprometimento pulmonar e físico que apresentam. Na prática clínica é comum os doentes relatarem maior dificuldade para realizar atividades que envolvem os membros superiores em relação aos inferiores, sobretudo quando aquelas são utilizadas sem sustentação. Podemos afirmar que o treinamento dos membros superiores realizado por 4 semanas leva à manutenção na realização das AVD, dos quais são exemplos, escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba (Velloso e Jardim, 2006).

Constata-se que os utentes com DPOC consomem uma elevada parcela da sua disponibilidade energética para realizar as atividades simples da vida diária. A sensação

de dispneia é expressivamente mais intensa nos utentes com DPOC, do que em indivíduos saudáveis, principalmente para as atividades que exigem maior esforço (exemplo: caminhar, caminhar carregando pesos e subir dois lanços de escadas).

É importante referir que os utentes com DPOC moderada a grave e sedentários, ao realizarem as AVD que envolvem os membros superiores e inferiores (como exemplo: tomar banho, calçar sapatos, subir escadas) apresentam hiperinsuflação dinâmica. Estes utentes quando submetidos ao treino de exercícios dos membros superiores e inferiores em programas de reabilitação pulmonar, referem melhoria na sensação de dispneia ao realizarem as suas AVD (Velloso e Jardim (2006).

Para dar resposta a esta dificuldade em realizar as AVD são também uma mais valia a aprendizagem das técnicas de conservação de energia. O Guidelines for Pulmonary Rehabilitation Programs de American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Publicado em 1993, foi um dos primeiros documentos de expressão mundial a indicar a necessidade de ensinar as técnicas de conservação de energia durante os Programas de Reabilitação Pulmonar (Citado por Velloso e Jardim, 2006).

As técnicas de conservação de energia têm como finalidade diminuir o gasto energético dos utentes durante a realização das suas AVD e consequentemente diminuir a sensação de dispneia, conseguindo aumentar a performance funcional e a sua qualidade de vida. Neste sentido atualmente, estas técnicas, são preconizadas em todos os programas de reabilitação.

A utilização das técnicas de conservação de energia, a adaptação do ambiente e a adequação postural para a realização das AVD demonstram ser eficientes para reduzir a sensação de dispneia, o consumo de oxigénio, a produção de dióxido de carbono e a frequência cardíaca dos utentes com DPOC, melhorando o desempenho para a realização destas atividades, ajudando o doente a aumentar a sua funcionalidade de forma ativa, quebrando deste modo o ciclo da inatividade, nem que para isso tenha de realizar as atividades em ritmo mais lento (Velloso e Jardim,2006).

Em suma, para que se possa intervir de forma eficiente na questão funcional da pessoa com DPOC, é necessário que exista um programa educacional voltado para os utentes e seus familiares, em que sejam abordados os vários aspetos da doença, o ensino das técnicas de conservação de energia e que se viabilize a execução de um programa de treino dos membros inferiores e superiores, pelo que serão ensinadas e treinadas técnicas de conservação de energia durante as sessões de educação para a saúde.

Sentimentos face à Doença

Na área temática “Sentimentos face à doença” emergiram 10 categorias: Sofrimento, Surpresa, Negação, Revolta, Ansiedade, Baixa autoestima, preocupação, tristeza, Resignação e Aceitação.

Em relação à **categoria sofrimento**, podemos afirmar que este é um sentimento que perturbava um doente, ao afirmar:

“Tenho medo de sofrer e da solidão” E2.

A **categoria surpresa**, foi um sentimento manifestado por 2 participantes, que ficaram surpreendidos ao perceberem que tinham a DPOC:

“Eu não sabia desta doença, verdadeiramente. Foi uma surpresa ter uma doença crónica.” E3;

“Incrédulo, não me apercebi logo que era uma doença dos pulmões crónica.” E5

Por outro lado, destaca-se a **categoria negação**, que é um dos sentimentos que sucede muitas vezes quando existe um diagnóstico novo, que ao doente custa a aceitar, sendo demonstrada no início do estudo por 1 participante:

“Ninguém diz que eu tenho doença dos pulmões! Ando num pneumologista Alemanha...Ele diz que está tudo controlado.” E12.

A **Revolta** é outro sentimento demonstrado por um participante, com a seguinte afirmação:

“... pensei porquê que me calhou a mim? Logo eu uma pessoa tão trabalhadora, tão amiga de todos! Fiquei desapontada e triste! Como é que eu vou resolver isto! Porque é uma doença para a vida...” E4.

Outro sentimento manifestado por um participante foi a **ansiedade**, porque o mesmo foi perentório quando questionado sobre o que sentiu quando soube que tinha a DPOC:

“Senti-me ansiosa...” E4.

Quanto à **categoria baixa autoestima**, é um sentimento que afetava um dos participantes, que refere:

“Uma pessoa sente-se mal....Não é fácil saber que temos uma doença crónica! Senti-me inferiorizado.” E7.

A **preocupação** é também um sentimento realçado pelos participantes, das entrevistas destacaram-se 2 afirmações:

“Fiquei preocupada, apesar de já ser doente dos pulmões desde pequena...” E8;

“Sinto-me perdido e desamparado. Toda a ajuda é bem-vinda.” E3

A **tristeza** é também um dos sentimentos demonstrados por 2 utentes com DPOC:

“Fiquei triste, deprimida” E8;

“Fiquei um pouco triste e apreensivo no início, mas depois passa...E9”

Face a estas afirmações, verificamos que muitos dos sentimentos vividos aquando o diagnóstico de DPOC são na sua maioria negativos, o que é normal e comum, dadas as características desta doença, a sua evolução, o sofrimento que pode resultar de um inadequado controlo dos sintomas, o receio do futuro, de hospitalizações, da necessidade de oxigenoterapia permanente, da perda da independência, entre outros dos muitos eventos que podem levar à existência deste tipo de sentimentos.

Segundo Araújo (2016), a DPOC acarreta um grande sofrimento para os utentes e também para os seus familiares e tem um enorme peso económico-social.

Por outro lado, a **categoria da resignação** foi a que mais se destacou, sendo demonstrada por 6 participantes:

“Não foi uma surpresa ter uma doença respiratória, porque... todos nós tivemos de pequenos. O meu Pai foi muitas vezes ao Hospital e o meu sogro... tinha garrafa grande de oxigénio.... Resignei-me.” E1

“... estou mentalizado que esta doença é para estabilizar, nunca para melhorar! E3;

“Pensei que era mais uma doença! Já tinha a diabetes... é mais uma doença Crónica!” E9;

“Não foi uma surpresa ter um problema respiratório, porque fumo há vários anos... Conformei-me. Eu aprendi a lidar com as doenças crónicas.” E11

Outra **categoria** realçada foi a **aceitação**, que foi referida por 4 participantes:

“Pensei que era mais uma batalha na minha vida! Pensei que tinha de ser! Já passei por tanto que é mais uma luta! Já tive lesão mama, já fiz várias cirurgias!...” E6;

“Na hora fiquei um pouco incomodado... Penso muitas vezes que tenho de erguer sempre a cabeça e andar para a frente...” E10

“Eu sabia dos malefícios do tabaco, este é uma das muitas doenças que ele pode causar. Tive de aceitar e deixar de fumar.” E13;

“Não tenho medo! Deixei de beber e de fumar, agora só bebo água...O que tiver de fazer eu faço para melhorar.” E6.

Apesar da DPOC ser uma doença progressiva e com complicações associadas, alguns utentes no início do estudo referiram resignar-se em relação à doença que lhes foi diagnosticada e outros referiram aceitar a doença, sendo que esta aceitação também está

associada com a adaptação à doença e evicção dos fatores de risco. O aumento da literacia em saúde, pode ajudar os doentes com DPOC neste processo de aceitação da doença, pois contribui para a sua autogestão.

É fundamental lembrar que “a saúde não é ausência de doença, saúde não deixa de existir quando surge a doença. A saúde, entendida como um conceito positivo, implica uma atitude de conquista permanente (...). Uma pessoa para continuar a viver com a sua doença crónica, tem de promover alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais mais ou menos complexas de modo a que a sua qualidade de vida não seja afetada (Magalhães, 2009).

Numa situação delicada como esta em que uma pessoa descobre o diagnóstico de uma doença crónica, nomeadamente uma doença como a DPOC, em que o indivíduo é abalado por um misto de sentimentos, o enfermeiro tem aqui um papel fundamental, onde o reforço positivo, a empatia e a motivação para enfrentar os possíveis obstáculos da doença, podem ser poderosos auxiliares neste processo de transição e adaptação à doença, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação, dados os seus conhecimentos e as suas competências, reconhecidas pela OE e por inúmeros autores, estando o seu estatuto bem explícito e regulamentado (Regulamento nº 125/2011, 2011). As entrevistas individuais e as sessões de educação para a saúde realizadas com os doentes com DPOC permitiram a partilha de conhecimentos e de sentimentos, onde a cada um foi possível expressar livremente muitas das suas emoções e sentimentos.

Conhecimento sobre cuidados de enfermagem de reabilitação

Em relação à análise das entrevistas sobre a área temática: “Conhecimento sobre cuidados de enfermagem de Reabilitação” sobressaem duas categorias: Presente e Ausente.

Em relação à **categoria presente**, constatamos que antes da sessão de educação para saúde somente um utente tinha conhecimento sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação:

“Só quando andava na clínica Reabilitação na Alemanha...esses profissionais ajudavam na recuperação coluna e também...nos brônquios. De 2 em 2 anos ia a essa clinica.” E12

Importa agora deste modo dar a conhecer o conceito de reabilitação, porque o conhecimento dos participantes é muito vago sobre a mesma. Segundo Kenneth (2009, p. 1234) a reabilitação é a “restauração completa do individuo ao seu potencial clinico, mental, emocional, social e vocacional do qual ele é capaz”, ou seja, a reabilitação não deve apenas cingir-se à doença em si, mas ao individuo como um todo. O objetivo da reabilitação

é maximizar a habilidade funcional e minimizar o impacto que a incapacidade tem sobre o indivíduo, família e comunidade.

Segundo Hoeman (2011, p.3), a enfermagem de reabilitação é: “Um processo criativo que que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estadio da doença, ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida.”, desenvolvendo-se desde “a prevenção primária até aos níveis agudos e subagudos e é o sustentáculo da intervenção terciária da comunidade e nas transações ao longo da vida. Os principais objetivos são definir níveis máximos de interdependência funcional e atividades de vida diária, promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência; reforçar comportamentos de adaptação positiva; assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; advogar uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados e contribuir para as reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde”.

Segundo Cordeiro e Menoita (2012) existem vários componentes de um programa de Reabilitação Respiratória, dos quais se destacam: a reeducação funcional respiratória, o treino de exercício, a otimização da terapia inalatória e assistência respiratória. Estes temas dada a sua importância, tornaram-se essenciais serem planeados e apresentados nas sessões de educação.

Em relação ao treino do exercício na DPOC, os seus benefícios são inúmeros, sendo vital que todos os utentes com DPOC realizem esta prática regularmente. Segundo Cordeiro e Menoita (2012) uma das causas da intolerância ao exercício na DPOC é a inatividade ocasionada pelo aparecimento da dispneia que leva a que a pessoa com DPOC diminua a sua atividade física, iniciando um ciclo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício, o qual conduz a um aumento da fadiga muscular e à dispneia a esforços cada vez menores e ao consequente aumento da inatividade, com todas as repercussões a nível psicológico, social e profissional. O descondicionamento físico devido à falta de atividade física é uma característica primária associada à DPOC e é descrita por vários autores, como “*espiral de dispneia*”.

A prática regular de exercício físico demonstrou diminuir a experiência subjetiva da dispneia, permitindo ao utente com DPOC tolerar melhor a atividade física, alterando assim a espiral do descondicionamento, prevenindo a dependência funcional (Nici et. al, 2006, citado por Cordeiro e Menoita, 2012). Deste modo o treino de exercício é “*a pedra basilar dos programas de reabilitação respiratória*” (Pamplona e Moraes, 2007), citado por Cordeiro e Menoita (2012).

Neste sentido a **categoria ausente** sobressaiu, verificando que a maior parte dos utentes (total 12) não tinha qualquer conhecimento sobre estes profissionais e qual o seu papel, nomeadamente quais os contributos que podem dar na prevenção e tratamento da DPOC. Quando questionados sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação afirmaram:

“...Não sabia, mas se tem a especialidade podem ajudar-me, sim senhora...” E2;

“Não. Estou agora a ter esse apoio!... Na comunicação social não se fala muito. Fala-se na saúde, mas não nestes profissionais... é importante percebermos que há alguém que se preocupa connosco e nos ajuda.” (em relação aos enfermeiros de reabilitação) E6;

“Não tenho conhecimento de nada sobre DPOC, nem conheço nenhum enfermeiro de reabilitação” E9;

“Não sabia, mas é bom saber que temos profissionais para nos ajudar a lidar com a nossa doença...” E13

A realidade do presente estudo vem corroborar com a ideia que ainda há muito desconhecimento, de grande parte da população em geral e dos utentes com DPOC em particular, sobre os contributos dos enfermeiros especialistas de reabilitação na saúde dos mesmos, pelo que é crucial informar a população sobre a DPOC e sobre o papel dos enfermeiros de reabilitação. Pode também ser uma mais valia reforçar junto dos outros profissionais de saúde, o seu papel, para que mais utentes possam beneficiar destes cuidados tão específicos e tão especializados, que muitas vezes não são acionados por desconhecimento.

Segundo Pinto (2015) “o Enfermeiro de Reabilitação não é procurado pelas pessoas com DPOC, quando tem necessidades, provavelmente por não existir um projeto estruturado”, reforçando a importância de existirem projetos e sessões de educação junto destes utentes, que respondam às reais necessidades da pessoa, de modo a aumentar o conhecimento sobre a sua doença de modo a poderem chegar ao empowerment, permitindo-lhes a auto- gestão da sua doença. Também, através do conhecimento sobre o papel e o contributo do enfermeiro de reabilitação possa daí advir uma ajuda muito importante no tratamento da sua doença e prevenção de complicações, com fortes repercussões na qualidade de vida.

Entre as suas competências o enfermeiro especialista de reabilitação tem o papel de gestor do programa de reabilitação respiratória, sendo o elemento capaz de dotar a pessoa com DPOC de conhecimentos, capacidades e vontade para controlar este novo projeto de vida e de saúde. Neste sentido é fundamental que estes enfermeiros especialistas em reabilitação baseiem a sua prática na evidência científica, melhorando a qualidade dos

cuidados de enfermagem, os níveis de saúde e da satisfação do utente com DPOC, pois está demonstrado que o processo de cuidados de saúde e de enfermagem com recurso ao programa de reabilitação respiratória, tem efetividade nos resultados.

Neste sentido, é importante lembrar que se deve continuar a investir na formação dos enfermeiros, no sentido de desenvolver competências necessárias para uma prática diária de promoção da saúde, com o intuito de incluir novos saberes no cuidar da pessoa com DPOC, baseando a sua tomada de decisão no saber científico, integrando-o na experiência prática e nas características individuais de cada doente (Magalhães, 2009). Segundo a OE (2006) citado por Magalhães (2009) “uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem”.

Constatamos, que uma das práticas assentes na profissão de enfermagem de reabilitação, a reabilitação respiratória é essencial para os doentes com DPOC, para o controlo da doença. No entanto, esta tem sido menosprezada em Portugal e na maioria dos países a sua resposta tem sido insuficiente. Em Portugal, apenas 0,1 % dos utentes tem acesso a programas adequados (Marques [et al.], 2016).

Em relação à realização de um programa de reabilitação respiratória esta é particularmente recomendada a utentes com obstruções graves e muito graves ($FEV_1 < 50\%$); também aos utentes com obstruções ligeiras e moderadas ($FEV_1 >$ ou igual a 50%) com limitação da capacidade de exercício; e por último aos utentes com internamento por exacerbação (DGS, 2013).

Segundo Castro (2018) a Reabilitação Respiratória é composta por vários componentes, nomeadamente o exercício físico, a educação para a saúde e para a doença, o apoio nutricional, psicológico e social. Nesta esteira é crucial criar equipas multidisciplinares que possam desenvolver programas eficazes tendo em conta as necessidades de cada utente, quer a nível psicológico, social e cultural.

A Reabilitação Respiratória é uma intervenção custo-efetiva com grau de evidência A, que reduz os sintomas dos utentes com DPOC, melhora a força muscular, a tolerância ao exercício e a qualidade de vida. Podemos ainda afirmar que os benefícios da Reabilitação Respiratória são observados não só nos utentes com DPOC, mas todos os utentes com patologia respiratória, pois é uma componente fundamental no tratamento do utente respiratório crónico e que deve fazer parte integrante da terapêutica de todos estes utentes e que se encontrem sintomáticos (Castro, 2018).

Dado que este estudo se realiza a nível de CSP é importante salientar a importância da reabilitação respiratória junto da comunidade. Pina (2018) realça a funcionalidade dos programas de reabilitação pulmonar na Comunidade, afirmando que os mesmos, reduzem a readmissão hospitalar. Este autor acrescenta que a reabilitação pulmonar é uma ferramenta disponível aos profissionais de saúde que permite melhorar os sintomas, a qualidade de vida e a função pulmonar nos utentes com DPOC. No entanto, é de salientar a fraca referenciação e a pobre compreensão da reabilitação pulmonar como tratamento de eleição na DPOC.

Podemos concluir que deve ser motivado o envolvimento de todos os utentes com DPOC, seus cuidadores informais e de todos os profissionais de saúde que com eles contatam, nomeadamente em CSP, de modo a promover ativamente um tratamento eficaz nestes doentes, tornando-lhes possível o acesso a todos os meios de tratamento, onde se inclui a reabilitação respiratória, como complemento de uma terapêutica medicamentosa adequada e obtenção de informação atualizada sobre a sua doença (Pina,2018).

Brito de Sá (2018), salienta a importância da reabilitação respiratória, em particular nos indivíduos com DPOC, podendo alterar completamente a situação clínica destas pessoas, sendo previsível que se modifique o prognóstico de muitos destes utentes.

Antes de programar sessões de educação para a saúde, tornou-se prioritário a análise das afirmações dos entrevistados, onde se verificou ser essencial informar os utentes com DPOC sobre a sua patologia e motivar os participantes no sentido de adquirir competências no sentido da autogestão da doença. Evidenciou-se ser crucial planear a parte prática das sessões, no sentido de ensinar, treinar e incentivar os exercícios de reabilitação respiratória, onde também estão incluídas técnicas de correção postural e técnicas de conservação de energia. A educação para a saúde no sentido de aumentar a literacia em saúde é uma das medidas essenciais no tratamento dos utentes com DPOC, principalmente nas fases iniciais, aquando do diagnóstico ou nos primeiros anos pós diagnóstico, que é o caso dos participantes deste estudo, onde se verificaram inúmeras lacunas a nível do conhecimento sobre a sua doença.

3.2. Apresentação, análise e discussão dos Resultados, após as sessões de educação para a saúde

O investigador com este estudo pretende habilitar o utente com DPOC para lidar com a sua condição de saúde e torná-lo autónomo. Estas últimas entrevistas foram um momento individual, privilegiado, onde o utente pode mostrar as suas convicções, as suas dúvidas e as suas certezas.

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos utentes com DPOC, após a realização das sessões de educação para a saúde, sobressaíram sete (7) áreas temáticas, vinte e seis (26) categorias e vinte e seis (26) subcategorias, que se apresenta no quadro 5, sendo que em Apêndice (F) se encontra o quadro onde também constam as unidades de registo

Quadro 5. Áreas Temáticas, categorias e Subcategorias- Pós-Sessões

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Conhecimento sobre a DPOC	Conceito da doença	
	Fatores de risco	
	Espirometria	Procedimento Diagnóstico Controlo
	Evolução da doença	
	Medidas Preventivas	
Perceção sobre a incidência da Doença	Fatores Determinantes	Tabagismo Poluição atmosférica Profissões de Risco
	Diagnóstico Precoce	
Reconhecimento da sua situação	Fatores de risco	Tabagismo Doença respiratória anterior Profissão de risco Esperança de vida
	Estádio da Doença	
	Sintomas	Cansaço Dispneia Tosse Expetoração Pieira
	Limitação nas AVD	
Gestão da Doença	Medidas Gerais	
	Medidas Terapêuticas	Evicção dos fatores de risco Cumprimento da terapêutica Alimentação
	Monitorização da doença	Exames Consultas de Vigilância Controlo do IMC
	Informação sobre a Doença	
	Prática de exercício	Caminhar Bicicleta Natação Hidroginástica Ginástica

	Controlo Stress e Ansiedade	
	Hábitos de sono	
Conhecimento sobre Recursos da Comunidade	Serviços de Saúde	
	Associações	
Sentimentos face à Doença	Medo	
	Preocupação	
	Sufrimento	
Reconhecimento do papel do Enfermeiro de Reabilitação	Educação para a Saúde	
	Treino e execução de exercícios de Reabilitação Respiratória	
	Técnicas de conservação de energia	

Depois da identificação das sete áreas temáticas, procedemos à análise de cada uma com as respetivas categorias, subcategorias e unidades de registo, assim como à interpretação e discussão dos resultados obtidos, apresentados por área temática.

É de salientar que nestas entrevistas participaram os 10 utentes que compareceram nas sessões de educação para a saúde, menos 3 que nas primeiras entrevistas (porque estes utentes não puderam comparecer nas sessões por motivos pessoais).

Conhecimento sobre a DPOC

A área do conhecimento sobre a doença foi avaliada antes e depois das sessões de educação para a saúde, com o propósito de perceber se houve aumento do conhecimento sobre a DPOC, por parte dos participantes do estudo e simultaneamente dar resposta a um dos objetivos específicos do estudo que é analisar os benefícios da educação para a saúde nos utentes com DPOC.

Na área temática: “Conhecimento sobre a DPOC”, após as sessões de educação para a saúde, emergiram 5 categorias: Conceito da doença, Fatores de risco, Espirometria, Evolução da doença e Medidas preventivas.

Em relação à **categoria conceito da doença**, constatou-se que após as sessões de educação para a saúde, todos os participantes tinham presente o conhecimento sobre o conceito da doença, sabendo explicar minimamente o que é a DPOC quando questionados, o que se pode comprovar pelas seguintes afirmações:

“É uma doença para a vida... é obstrutiva, os pulmões não respiram como deve ser.” E1;

“É uma doença pulmonar, obstrutiva e é crónica...!...É uma doença que me tenho de pôr a pau com ela!” E2;

“É uma doença respiratória, dos pulmões, é obstrutiva... e é crónica porque é para toda a vida.” E6;

Constatamos que ficou compreendida por parte dos participantes a cronicidade da DPOC, assim como o fato desta ser uma doença pulmonar obstrutiva, demonstrando aprendizagem dos conteúdos ensinados. Estas afirmações vão de encontro à definição de Furtado (2011) que define DPOC como uma doença respiratória crónica, progressiva, que se caracteriza pela obstrução das vias aéreas e sintomas respiratórios crónicos (tosse, produção de expetoração e falta de ar).

Segundo a Fundação Portuguesa do Pulmão (2018) a DPOC afeta as vias aéreas, os pulmões e, particularmente, os brônquios, alterando a função de ventilação e consequentemente o movimento que permite inspirar e expirar. O utente com DPOC começa por ter dificuldade em correr ou fazer esforços físicos e com o avançar da doença apresenta limitação a subir escadas ou andar e, numa fase mais avançada da doença mesmo em repouso tem dificuldade em respirar, sendo sem dúvida uma doença progressiva e incapacitante.

Em relação à **categoria fatores de risco**, os participantes demonstraram reconhecer o tabaco, mas também outros fatores, destacando-se as afirmações de 3 participantes:

“Determinadas profissões, em que respiram poeiras ou em que se apanham resfriados...E as poluições, o ar que respiramos não é puro. A poluição atmosférica está a aumentar.” E2;

“A poluição atmosférica e os incêndios também contribuem.” E8;

“... algumas profissões em que as pessoas lidam com fumos ou poeiras. Tenho um amigo que estragou os pulmões com o pó do ferro da fábrica onde trabalhava e os bombeiros são outro exemplo.” E9.

É de realçar que no fim das sessões de educação para a saúde todos os participantes estavam familiarizados com os fatores de risco para a DPOC, o que se torna crucial, no sentido de os evitar e deste modo evitar as complicações da doença.

A DGS (2013) salienta que sendo a exposição prolongada ao fumo do tabaco o principal fator de risco de DPOC (apesar de também haverem outros, como a exposição ambiental ou profissional) a cessação tabágica é altamente recomendada, devendo todos os fumadores serem alvo de uma intervenção breve, em que há uma sensibilização de alguns minutos, sobre a necessidade e vantagens da evicção tabágica, sendo que este tipo de

intervenção pode ser feito por qualquer profissional. A Prevenção primária das doenças crónicas é crucial, estando dependente da implementação de medidas a nível do programa prioritário de Prevenção e Controlo do Tabagismo e de medidas de controlo de qualidade do ar, não dependentes diretamente do PNDR.

No que concerne à **categoria espirometria**, todos os participantes demonstraram saber que este é um exame importante na DPOC, destacando-se três subcategorias: Procedimento, Diagnóstico e Controlo.

A espirometria é um método de estudo da função respiratória que permite avaliar o volume de ar que pode ser mobilizado, em valor absoluto ou em função do tempo (volumes e débitos das vias aéreas respetivamente), através da comparação com valores de referências (DGS, 2016). Bugalho (2016) refere ainda que a espirometria é um exame não invasivo, reproduzível, simples e com grande acessibilidade.

No que respeita ao conhecimento sobre o Procedimento da espirometria, 3 dos participantes descrevem como executar, ao afirmarem:

“... tenho de soprar para um tubo para ver como estão os meus pulmões...” E1;

“Tenho de soprar para um tubo para ver a nossa capacidade respiratória...” E3;

“É exame em que tenho de bufar... fiz recentemente...” E6

A espirometria é o teste respiratório mais utilizado para diagnosticar a DPOC. É um exame indolor e mede a quantidade de ar que a pessoa é capaz de expirar e a rapidez com que o faz, depois de ter expirado profundamente. Se a pessoa tiver DPOC, precisará de mais tempo para expirar o ar que tem acumulado nos pulmões (Marques [et al.], 2016).

Em relação à subcategoria Diagnóstico, 9 dos participantes salientam a espirometria como um exame importante para o diagnóstico e também para saber como está a sua doença, ou seja, qual o seu estágio. Assim se comprova pelas afirmações dos participantes:

“Sei que é um exame que tenho de fazer sempre para saber como está a minha doença...” E1;

“... é um exame importante para o diagnóstico” E1; E2; E3;

“... foi depois de realizar este exame que o médico confirmou que tinha DPOC” E8

Segundo a DGS (2013), de acordo com a alínea a) do nº 2 do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é feito cumulativamente na presença de: a) sintomas respiratórios crónicos e progressivos

(tosse, expetoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira); b) exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados) e c) obstrução ao fluxo aéreo, demonstrado por alterações espirométricas (relação FEV1/FVC inferior a 70% após broncodilatação) que confirmam o diagnóstico, no contexto clínico referidos em a) e b).

A história clínica e o exame físico são importantes no diagnóstico da DPOC, no entanto não são suficientes para o diagnóstico. Os sinais clínicos de limitação do fluxo aéreo geralmente não estão presentes até ocorrer uma diminuição significativa da função pulmonar. A espirometria é então o método disponível essencial para a confirmação de diagnóstico de DPOC, tal como refere Sousa (2015) e Marques ([et al.] 2016) e o GOLD, (2016) salienta que é considerada a medida gold standard para diagnosticar e monitorizar a DPOC devendo ser realizada em todos os pacientes com DPOC.

O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias recomenda o aumento da acessibilidade à espirometria nos CSP, com o intuito de aumentar os diagnósticos precoces para a DPOC, verificando-se nos estudos realizados o custo-benefício, sendo claras as vantagens clínicas e económicas desta medida.

Ao nível dos cuidados de saúde primário o número de utentes ativos com o diagnóstico de DPOC tem aumentado de forma sustentada, observando-se um incremento de 241% em 2016 relativamente a 2011. No entanto verifica-se ainda que o número de utentes ativos com DPOC baseado na espirometria é ainda baixo, correspondendo em 2016, a 32,3% dos diagnósticos (PNDR, 2018).

Quanto à subcategoria Controlo, esta emerge do conhecimento dos participantes, que demonstram saber que a espirometria para além de confirmar o diagnóstico, também permite saber qual o estágio da doença, passamos a citar duas dessas afirmações:

“... É importante para ver a fase da doença, como é que ela está” E4;

“... diz se a doença está ou não a piorar” E5;

A espirometria para além de permitir diagnosticar a DPOC, possibilita também a sua classificação (GOLD, 2018) e Cordeiro e Menoita (2016) citando Gulini (2006) salienta que o FEV1 nos dá a estimativa da gravidade da doença, da limitação ao fluxo aéreo, sendo essencial a medição sequencial deste parâmetro para monitorização da evolução da doença ao longo dos anos.

Este parâmetro é um dos indicadores a ter em conta e avaliados pela ACSS a nível dos CSP, sendo mais concretamente avaliada a Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos.

A gravidade da obstrução brônquica é determinada por espirometria, considerando-se que o FEV1 inferior a 50% após broncodilatador corresponde a um risco elevado de exacerbações futuras (DGS, 2013). Os doentes com FEV1 Inferior a 50% ou com sinais clínicos sugestivos de insuficiência respiratória ou insuficiência cardíaca direita devem efetuar avaliação da saturação de oxigénio por oximetria de pulso. Uma saturação de oxigénio (SatO2) em repouso menor que 92% deve conduzir à realização de uma gasometria arterial (Norma DGS nº 005/2016).

No que concerne à DPOC foi publicado o Despacho nº 6300/2016, de 12 de maio, onde se determina que as ARS devem assegurar, em todos os ACES, a existência de acesso a espirometria e a tratamentos de Reabilitação respiratória.

No geral, podemos afirmar que os utentes que participaram no presente estudo percebem a importância das espirometrias.

No que concerne à **categoria evolução da doença**, verificamos no presente estudo, que no final das sessões de educação todos os participantes tinham conhecimento que esta doença evoluía, através de quatro estádios, sendo uma doença crónica, progressiva e por isso mesmo grave. No entanto, foram também ensinadas algumas medidas no sentido de retardar essa progressão ou que pelo menos para que ela ocorra o mais lentamente possível. Do conhecimento da evolução da doença sobressaíram as seguintes afirmações:

“É uma doença grave porque é para a Vida ...” E1;

“Tenho consciência que é uma doença grave, sei que é para a vida que se pode morrer disso!...” E2

“Sei que é uma doença grave... que vai evoluindo progressivamente... tive de me reformar para ter mais qualidade de vida...” E8;

“É uma doença grave... que me assusta por poder piorar com o passar dos anos...” E9

Através das afirmações anteriores constata-se que no fim das sessões de educação para a saúde os utentes compreendem a gravidade da doença, estando conscientes da sua evolução progressiva e das suas complicações.

É crucial, segundo a GOLD (2011) determinar a gravidade da doença, incluindo a gravidade da limitação do fluxo aéreo e o seu impacto no estado de saúde do utente com DPOC e avaliar o risco de futuros eventos adversos (como exacerbações, hospitalizações e morte), com o objetivo de orientar a terapêutica e a gestão da DPOC. Atualmente o diagnóstico e tratamento da DPOC, e de acordo com a última versão da GOLD (2018), é baseado não só nos sintomas da doença, mas também nas suas exacerbações. Hoje em

dia tem-se em consideração que a DPOC tem uma componente pulmonar e extrapulmonar (sistêmica), com impacto na qualidade de vida da pessoa, considerando-se vários aspetos para a **avaliação da gravidade**, destacando-se: avaliação dos sintomas; avaliação da gravidade da limitação do fluxo aéreo através da espirometria; avaliação da frequência das exacerbações e avaliação da presença de comorbilidades.

Relativamente às **medidas preventivas**, concluímos que todos os participantes adquiriram conhecimentos no sentido de se saberem proteger e evitar determinados comportamentos que poderia colocar a sua saúde em risco, até porque na DPOC existem medidas fundamentais preconizadas, que foram reforçadas nas sessões de educação para a saúde. Como podemos comprovar na análise das entrevistas, a cessação tabágica é uma dessas medidas cruciais:

“Ninguém deve fumar, porque o fumo prejudica os pulmões, muito menos quem tem esta doença.” E1;

“Tenho dois colegas que já avisei para deixarem de fumar...faz mal a toda a gente...muito mais a quem tem uma doença respiratória como a DPOC...deixei quando a minha médica me avisou do perigo de fumar tendo uma doença respiratória.” E5;

“Ninguém deve fumar, muito menos quem tem esta doença...fumar prejudica gravemente a saúde e todos os órgãos...incluindo os pulmões e os meus já estão afetados, porque tem uma menor capacidade respiratória.” E10.

A incidência e prevalência das doenças crónicas são condicionadas por fatores de risco individuais e sociais, dos quais se destacam: excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. Estes fatores de risco podem ser modificáveis, desde que a pessoa decida abdicar deles (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo o Global Burden of Disease, em 2016, em Portugal cerca de 41% do total de anos de vida saudável são perdidos por morte prematura, que poderia ser evitado se fossem eliminados os principais fatores de risco modificáveis(Citado por Ministério da Saúde, 2018).

No caso da DPOC, são várias as medidas que podem ser tomadas com o intuito de evitar a evolução da doença, nomeadamente: obter o máximo de informação acerca da DPOC; reduzir os fatores de risco para a doença; aderir ao tratamento medicamentoso; prevenir e controlar os sintomas; manter um estilo de vida saudável (praticar exercício físico, manter alimentação saudável, dormir bem e implementar estratégias de gestão de stress);

participar em programas de reabilitação respiratória e praticar atividades que façam sentir-se bem emocionalmente (Marques [et al.], 2016).

Para que a DPOC não evolua negativamente é fundamental que os utentes, que vivem com este diagnóstico, conheçam os fatores que a podem influenciar neste sentido sendo prioritário que os mesmos saibam procurar ajuda, de modo a resolver a sua situação e os profissionais de saúde, por seu lado, têm o dever de estar alerta para estas realidades, de modo a sensibilizar os mesmos e ajudar a resolver todas as situações possíveis ou encaminhar sempre que necessário (Almendra e Miranda, 2008).

Perceção sobre a Incidência da doença

Da análise das entrevistas sobre área temática “Perceção sobre a Incidência da doença” destacam-se 2 categorias: Fatores determinantes e Diagnóstico precoce.

Em relação aos **fatores determinantes** sobressaem 3 subcategorias: Tabagismo, Poluição atmosférica e Profissões de risco.

O Tabagismo é um fator determinante, que muito contribuiu para a incidência da doença e seu agravamento, o que foi salientado pelos participantes:

“... O meu neto fumava... o dobro de mim!... Expliquei-lhe que tinha de deixar o tabaco porque vai fazer 18 anos e isto dá duas coisas, dá cabo da saúde e da carteira! Por isso é que andas cheio de tosse!... agora deixou... Penso que percebeu que o tabaco faz mal.”
E3;

“Este aumento acontece principalmente... devido ao fato de cada vez mais pessoas fumarem e as que fumam não deixam de fumar facilmente, é um vício que não é fácil deixar...” E9

O tabagismo é sem dúvida o principal fator de risco para a DPOC, sendo os seus malefícios para a saúde da pessoa divulgados por inúmeros autores e também pela comunicação social. Segundo Nunes e Narigão (DGS, 2015), citando US Department of Health and Human Services (2010) e Geiss e Kotzias (2007), o fumo do tabaco é um aerossol, constituído por uma mistura complexa e dinâmica de mais de 7000 químicos, dos quais cerca de 70 destes químicos foram classificados como cancerígenos para o ser humano.

Alves (2018) salienta que a DPOC “Não é uma doença dos velhos, como muitas vezes se pensa, e sim uma doença dos fumadores”, sendo que 90% dos casos são provocados pelo tabaco, pelo que é fundamental informar a população, alertando para os riscos de continuarem a fumar. A mesma fundação, no XII Relatório do ONDR (2017), também refere que a adição do tabaco é um ponto fundamental em que é necessário intervir para o controlo da DPOC.

A Poluição Atmosférica é outro fator que contribui cada vez mais para a DPOC, sendo um fator determinante, pelo aumento da poluição no planeta, devido aos produtos tóxicos lançados na atmosfera e devido aos incêndios que assolam muitas vezes o nosso país e o mundo, como podemos constatar observando as notícias no jornal, na TV, internet, etc. Os participantes afirmam que:

*“Eu gostava que não aumentasse...,Mas sei que vai ... a poluição está a aumentar ... “E1
“... pela poluição que existe e que está a aumentar, que a doença vai aumentar... “E7;
“Infelizmente as doenças respiratórias estão a aumentar, segundo as notícias. A DPOC também está a aumentar e vai aumentar mais porque... a cada ano que passa, o ar que respiramos está cada vez mais contaminado...” E8*

A Poluição atmosférica é um importante fator de risco para a DPOC, contribuindo também para o seu agravamento. Este fator de risco é relevante dado que o ar que respiramos está cada vez mais contaminado e segundo o ONDR (2018) a qualidade do ar influencia fortemente a saúde respiratória, sendo o ozono e as partículas respiráveis os principais poluentes com efeitos nocivos nas vias respiratórias e no pulmão. Segundo a WHO (2014) reduzir a poluição do ar poderia salvar milhares de vidas.

Em Portugal apesar de geralmente a qualidade do ar ser boa, persiste ainda um número significativo de dias em que a qualidade do ar é média ou mesmo fraca. Salienta-se que nas zonas do Porto, Braga e Lisboa a concentração de NO₂ está acima do recomendado pelas normas da EU, recordou a Comissão Europeia.

Entre as recomendações do ONDR (2018) está a redução das emissões de óxidos de azoto para cumprir os valores limite de emissão em vigor e as concentrações de ozono, nomeadamente com alterações na política de transportes urbanos, até porque segundo a Agência Europeia do Ambiente os transportes rodoviários são uma das principais causas de poluição. Por outro lado, a medição da qualidade do ar deve ser efetuada diariamente, pois conhecendo o ar que respiramos é possível evitar vários problemas respiratórios.

Segundo a DGS (Circular Normativa Nº 34/DSCS, 19/11/2008) as infeções da árvore traqueobrônquica e a poluição atmosférica são as principais causas das exacerbações da DPOC.

As Profissões de risco também são consideradas um fator determinante para a DPOC, sendo realçadas por 3 utentes:

“... pescadores no frio do mar e que normalmente fumam muito... e... há profissões de risco, que levam a esta doença, exemplo de pessoas que trabalham com poeiras ou em locais fumos...” E4;

“... as profissões. Eu por exemplo fui bombeiro e trabalhava na construção.” E6;

“Gosto de estar informada e sei que esta doença tem aumentado e vai aumentar nos próximos anos porque os fatores de risco também têm aumentado...as profissões de risco...” E10.

Entre as profissões de risco encontram-se as atividades na área da construção, indústrias extrativas, do couro, da borracha, do plástico, do têxtil, dos produtos alimentícios, da pintura em spray, da soldadura, do trabalho com quartzo, da exposição a poeiras de madeira e do contato com solventes. É crucial a vigilância dos trabalhadores nos serviços de saúde e segurança no trabalho, sendo sugerida a monitorização anual por espirometrias dos trabalhadores com risco acrescido de DPOC. Na vertente preventiva, nomeadamente no que se refere à prevenção primária, a existência desejável de vigilância deve conduzir à melhoria das condições laborais, nomeadamente, pela eliminação de substâncias nocivas, melhoria dos sistemas de ventilação e vigilância dos níveis de exposição dos agentes potencialmente nocivos, diminuindo significativamente o risco de desenvolvimento da doença (Lei nº 102/2009), citado por Ferreira (2011).

É de salientar que no fim das sessões, quando questionados todos os utentes com DPOC referem ter consciência que a DPOC vai aumentar nos próximos anos, principalmente devido aos fatores determinantes, referidos anteriormente.

A categoria **diagnóstico precoce**, vem salientar a importância da realização da presente investigação, onde é defendida a importância do diagnóstico precoce na DPOC, porque quanto mais cedo detetamos a doença mais cedo poderá ser realizada a evicção dos fatores de risco e mais precocemente será realizada a prevenção das exacerbações e tratamento adequado, de modo a evitar o agravamento e a sua evolução para estádios mais avançados. Quando questionados sobre a importância do diagnóstico precoce, os doentes em estudo demonstram estar cientes desta importância, afirmando:

“...eu sei que é importante saber cedo das doenças, para as tratarmos...” E2;

“Eu soube desde cedo, que tinha problemas respiratórios, tenho desde novo bronquite.” E3

“Sim... porque quanto mais cedo souber da doença, mais cedo trato.” E5; E6;

“... sabendo como tratar e prevenir complicações, quanto mais cedo melhor.” E8

É fundamental que tanto os profissionais de saúde como a população em geral estejam sensibilizados para o fato da DPOC ser uma doença prevenível e que pode ser diagnosticada precocemente, de modo a evitar uma progressão agressiva.

Loivos (2009) reforça essa ideia, afirmando que a DPOC pode ser prevenida e tratada, tendo em vista a sua estreita relação com a exposição a fatores de risco, sendo importante o seu diagnóstico precoce, porque o manuseamento apropriado pode reduzir os sintomas (principalmente a dispneia), reduzir a frequência e a severidade das exacerbações, melhorar o estado de saúde e a capacidade de tolerância ao exercício e prolongar a sobrevida.

O diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento adequado são imprescindíveis para uma abordagem correta porque permitem a melhoria dos sintomas, a diminuição das exacerbações e o atraso no declínio da função pulmonar (Pinto, 2015).

O PNDR (2014) salienta que a nível dos CSP, o número de utentes ativos com DPOC é muito baixo, podendo ser responsável por eventuais internamentos evitáveis, caso a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento precoces melhorem. Nesta esteira é essencial aumentar os diagnósticos da DPOC baseados na realização de uma espirometria, nomeadamente a nível dos CSP, tal como preconizado nas Normas de Orientação Clínica da DGS (2014), no entanto, para que esta situação seja uma realidade é necessário que sejam colmatadas certas limitações, nomeadamente, a ausência de acessibilidade à espirometria nos CSP.

Podemos concluir, que o diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento adequado são essenciais a uma correta abordagem destes utentes. Estes dois fatores permitem uma melhoria dos sintomas, a diminuição das exacerbações, o atraso do declínio da função pulmonar, não devendo existir, ou reduzindo ao mínimo, as ações acessórias da terapêutica utilizada (DGS, 2011).

Reconhecimento da sua situação

Relativamente ao Reconhecimento da sua situação, ou seja, da sua doença, salientam-se 4 categorias: Fatores de Risco, Estádio da Doença, Sintomas e Limitação nas AVD.

Em relação aos **fatores de risco** sobressaem 4 subcategorias: Tabagismo, Doença respiratória anterior, Profissões de risco e Esperança de vida.

O Tabagismo é o principal fator de risco da DPOC, pelo que é crucial que todos os utentes com DPOC deixem de fumar. Todos os participantes consciencializaram-se desta realidade, após as sessões de educação e os dois que fumavam, deixaram de fumar. No

final das sessões todos compreenderam a importância de não fumar. Quando questionados sobre quais os fatores de risco para a doença, os participantes afirmam:

“É o tabagismo, eu fumei durante muitos anos” E2;

“São as pessoas que fumam. Nós a classe piscatória somos obrigados a fumar! 90% de nós fuma, para nos aguentarmos no mar!...” E3;

“São vários os fatores de risco, mas o principal é o tabaco. Fumei durante vários anos e tive de deixar de fumar... se queria viver com mais qualidade de vida ...” E10.

O principal fator desencadeante da DPOC é o fumo de tabaco, tanto para fumadores ativos, como para os que a ele estão expostos passivamente (OE, 2013). A visão dos participantes no final do estudo demonstra compreender a importância de não fumar, principalmente quem tem DPOC. A GOLD (2018), a DGS (2015), o PNDR (2017), a FPP (2018), entre outros defendem a cessação tabágica como medida prioritária no combate da DPOC. Também o ONDR (2018) recomenda a educação para a saúde e o combate ao tabagismo, realçando que devem fazer parte dos currículos escolares do 1º ao 12º ano de escolaridade.

Existe evidência científica de que a cessação tabágica é a única medida que contraria, efetivamente, a evolução da DPOC e a que tem melhor relação custo/benefício, seguindo-se a oxigenoterapia de longa duração. Há também evidência científica de que os doentes beneficiam de programas de exercício físico e de reabilitação respiratória. Os fármacos são usados, mas apenas para reduzir os sintomas e as complicações da doença. Nos casos mais graves é possível evitar a hospitalização através do uso de VNI domiciliário (Costa, Gomes e Martins, 2010).

Segundo Almeida ([et al.], 2016) se o utente com DPOC parar de fumar, o declínio da função pulmonar pode ser reduzido ou mesmo parado, evitando o agravar da incapacidade e consequentemente o doente terá menos infeções e melhor qualidade de vida.

As Doenças respiratórias anteriores, são outro fator de risco importante, sendo nomeadamente um fator de risco para 3 participantes:

“Eu sei quais são! No meu caso são as doenças que ganhamos na infância e depois ficam para a vida. Apanhei os resfriados de pequena, a água entrava no meu corpo em Matosinhos...” E1;

“Doenças respiratórias de infância, no meu caso herdei da minha avó materna a bronquite crónica...cheguei a andar muitos anos no dispensário, em pequena, tomava muitas injeções e comprimidos e xaropes lá” E7;

“Também tenho como antecedentes problemas respiratórios de infância.” E10.

São vários os autores que corroboram que as doenças respiratórias anteriores são um fator de risco para a DPOC. Segundo Loivos (2009) a presença de colonização bacteriana, assim como de infeções virais e bacterianas, pode contribuir para a patogénese e progressão da DPOC. História de infeções respiratórias de repetição na infância tem sido associada a sintomas respiratórios e redução na função pulmonar na idade adulta.

No que concerne às Profissões de risco, salientam-se várias profissões que estão na origem da DPOC, principalmente devido ao contato com agentes tóxicos ou poluentes ou, por outro lado, pelo risco de aquisição de resfriados ou de doenças respiratórias. Passo a citar algumas das afirmações dos participantes:

“Nós a classe piscatória...o frio que apanhamos, as molhadelas ...e que secam no corpo... Nós começamos de pequenos a trabalhar descalços, somos profissão risco.” E3;

“Também as profissões, no meu caso era soldador, isto também contribui para esta doença respiratória.” E4;

“As profissões de risco, eu fui bombeiro, os fumos dos incêndios também... podem levar a estas doenças.” E6;

“... e a profissão que tinha de pintar os carros, trabalhava com tintas e vernizes.” E7.

Como já foi referido anteriormente existem várias profissões de risco, que contribuem para o aparecimento da DPOC, quer pela exposição a partículas, poeiras ou fumos, quer pelas alterações climáticas às quais estão sujeitos, por um longo período de tempo.

Segundo Costa (2017) a exposição a longo prazo a vapores e vapores químicos no local de trabalho pode irritar e inflamar os pulmões. A exposição ocupacional a poeiras e produtos químicos podem deste modo levar ao aparecimento da DPOC.

A Esperança de vida é um fator de risco, porque o aumento da prevalência da DPOC está associado à longevidade da população. O maior número de utentes com DPOC surge com o aumento de idade, sendo que a esperança de vida aumentou em Portugal e no mundo. Dois participantes referiram este fator de risco, salientando:

“... a idade não ajuda. Como vivemos mais anos, vamos tendo mais doenças...” E2;

“... E depois as pessoas, como a minha esposa, tem doenças respiratórias desde a infância, depois em adultos ficam com doenças respiratórias crónicas, como é o caso da DPOC.” E8.

A esperança de vida dos portugueses é de 81,3 anos, segundo a OCDE e, segundo a DGS, o número de portugueses com mais de 75 anos é superior a 1 milhão. Este aumento na longevidade tem como consequência um aumento de doentes com doenças crónicas, uma dessas doenças é a DPOC (ONDR, 2018).

Segundo Costa (2017), a idade é um fator de risco tendo em conta que a DPOC se desenvolve lentamente ao longo dos anos, sendo que a maioria das pessoas possuem mais de 40 anos quando os sintomas se manifestam.

No que respeita ao **estádio da doença**, todos os participantes se encontravam nos estádios iniciais da doença, confirmados pela espirometria, nomeadamente no estágio 1 e 2, o que se verificou ser do conhecimento de todos os participantes:

“Sei que não estou na última fase...devo estar no estágio 2.” E1;

“... estou na fase dois.” E2; E3; E4; E5; E6; E7;

“... estou no estágio 2” E8; E9; E10.

A DPOC é uma doença crónica progressiva, sendo que o seu grau de gravidade evolui segundo 4 graus ou estádios, sendo que o estágio 4 é o mais avançado e mais grave.

Relativamente aos **sintomas da DPOC**, esta categoria divide-se em 5 Subcategorias: Cansaço, Dispneia, Tosse, Expetoração e Pieira, verificando que todos os participantes no final do estudo sabiam reconhecer quais os sintomas que os afetavam e quais os sintomas que caracterizavam os utentes com DPOC, que podem aumentar com o evoluir da doença.

O cansaço é um sintoma assíduo nos doentes com DPOC, sendo referido pela maioria dos participantes.

“É o cansaço...” E1; E8;

“Canso-me mais facilmente” E5;

“Sinto cansaço...” E4; E7;

“O cansaço é o que mais me incomoda, principalmente quando subo escadas ou quando faço caminhadas longas.” E9

O cansaço, segundo a DGS (2013) é um dos sintomas respiratórios crónicos e progressivos, presentes na DPOC. O cansaço normalmente começa por ser a grandes esforços, mas com o avançar da doença vai-se agravando, passando o doente a referir cansaço a realizar pequenas atividades.

A dispneia por sua vez é o sintoma que mais limita a vida destas pessoas, pelo que todos os participantes em estudo têm conhecimento desta realidade. Quando questionados sobre quais os sintomas da DPOC, não hesitaram em responder:

“Mais frequente é a falta de ar.” E2;

“Sinto falta de ar...” E4; E7; E8;

“Sei que com o passar dos anos posso ficar com falta de ar.” E9.

Como referido anteriormente a dispneia é um dos principais sintomas presentes na DPOC, que é crucial controlar, sendo um dos sintomas cardinais do foro respiratório que é definida como uma perceção desconfortável da respiração ou sensação subjetiva de dificuldade respiratória (Bugalho, 2016).

A dispneia é o sintoma mais comum na DPOC, sendo identificada pelo utente pelo cansaço que inicialmente surge com grandes esforços físicos, ou perante infeções respiratórias, piorando progressivamente ao longo do tempo. A dispneia na DPOC muitas vezes é acompanhada por pieira (Nazir, 2009; GOLD 2011).

A Tosse é outro sintoma frequente na pessoa com DPOC:

“E a tosse por vezes também tenho ...” E3;

“Tenho tosse.” E7; E9;

“... E a tosse são possíveis sintomas.” E10.

A tosse é também um sintoma referido por muitos utentes com DPOC, o que se verificou neste estudo, sendo um sintoma incomodativo, sendo inclusive sido relatado por um utente como um sintoma que o impedia de dormir à noite e outro que deixou de ir à igreja porque sentia que incomodava os outros.

Toda a patologia pulmonar ou extrapulmonar que provoque inflamação, constrição, infiltração ou compressão das vias respiratórias pode ser acompanhada de tosse (Bugalho, 2016).

A tosse é um sintoma muito frequente na DPOC, que se caracteriza pela cronicidade (meses a anos), podendo ser diária ou intermitente, geralmente produtiva cuja expetoração é mais intensa pela manhã e pior durante as infeções respiratórias (Nazir 2009; GOLD, 2011).

A Expetoração também é referida por alguns participantes:

“...a expetoração...” E1;

“Tenho um bocado de expetoração, que tenho de deitar fora” E4;

“Também tenho... expetoração...” E9

A expetoração é outros dos sintomas comuns na DPOC, sendo um dos sintomas reconhecidos pelos participantes. Na DPOC a expetoração normalmente é matinal, sendo fundamental que o doente aprenda a eliminá-la, nomeadamente aprendendo as técnicas de higiene traqueobrônquica.

Outro sintoma descrito pelos participantes é a pieira ou chiadeira:

“...e por vezes chiadeira.” E9.

Como já foi referido anteriormente, na análise das entrevistas antes das sessões de educação para a saúde, também referiram a presença da pieira, conhecida medicamente por sibilos, como outro sintoma comum nos utentes com DPOC, e como constatamos esta sintomatologia foi compreendida pelos utentes que participaram nessas sessões.

A **Limitação nas Atividades de Vida diária** é uma preocupação constante no utente com DPOC, o que também se verificou com os participantes deste estudo.

“É uma doença que não me deixa andar muito a pé, canso-me muito... da minha casa ao cemitério tenho de parar várias vezes...” E1;

“... É doença grave, porque tenho falta de ar... tenho parar 5 minutos e depois volto a andar...” E4;

“... Só de fazer a cama já sinto falta de ar; tenho de descansar no fim de arrumar seja a cama ou a cozinha. E uso... a bombinha para me ajudar a aguentar as tarefas.” E7;

“... É querer fazer as tarefas do dia a dia e não conseguir... sinto-me menos bem...tenho um problema na traqueia...” E7;

“... Causa falta de ar, o que ... me limita nas minhas atividades.” E9.

Segundo a OE (2013) a DPOC é uma doença de evolução lenta e progressiva, caracterizada por uma obstrução brônquica persistente, só parcialmente reversível, que pode afetar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos. O sintoma mais frequente é a sensação de falta de ar que pode conduzir a limitações graves, nomeadamente no desempenho das atividades de vida diária.

A DPOC tem sido descrita como uma doença com consequências sistémicas, que gera importantes limitações funcionais nestes doentes. A limitação funcional pode ser definida como a redução na capacidade de realizar as AVD. Esta limitação progressiva na execução

das AVD e a consequente restrição da sua participação social têm um impacto significativo na qualidade de vida dos utentes com DPOC (Rabe [et al], 2007; Pinto, 2015).

Pinto (2015) salienta que a maioria dos participantes relatou que a doença os tornou fisicamente diminuídos e consideraram ter limitações em sair de casa. Afirmando ainda, que os seus resultados vão ao encontro da literatura sobre limitação funcional.

Podemos concluir que a limitação nas AVD é referida pelos utentes com DPOC, principalmente com o evoluir da doença, estando associada à dispneia e ao cansaço crónico e progressivo, referido anteriormente. Para contrariar esta limitação é crucial que os doentes com DPOC mantenham uma vida ativa, praticando exercício físico, de modo a quebrar o ciclo vicioso desta doença. Por outro lado, devem adquirir estratégias no sentido de conseguirem realizar as AVD com menor esforço, através da realização das técnicas de conservação de energia. A realização de exercícios respiratórios e da intervenção em programas de reabilitação respiratória são, também, uma mais valia.

Nessa esteira, o Enfermeiro de Reabilitação é um profissional de saúde com conhecimento técnico e científico, que lhe conferem as competências necessárias para ajudar o utente portador da DPOC a alcançar uma melhor qualidade de vida (Pinto, 2015).

Soares (2012) no seu estudo, com utentes com DPOC, vem demonstrar isso mesmo, que após uma intervenção, onde foi aplicado um programa em cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, concluiu que os participantes apresentaram uma evolução favorável com resultados altamente significativos em todas as dimensões: sintomas, atividades e impacto psicossocial e no seu valor total, que revelam melhoria significativa na sua qualidade de vida. É também importante referir que, estes participantes ressaltaram que consideram a sua doença respiratória como o seu maior problema ou causadora de muitos problemas sendo a diminuição da capacidade física uma das categorias que mais os afetaram, associando esta limitação sobretudo ao padrão de dispneia, com impacto nas ABV, nomeadamente na capacidade de deambular, vestir-se, comer e tomar banho, mas também, na realização das suas tarefas domésticas, tais como arrumar, fazer compras, ir às compras e em se deslocar aos serviços públicos .

Gestão da Doença

Após análise aprofundada das entrevistas, na área temática Gestão da Doença emergiram 7 categorias: Medidas gerais, Medidas terapêuticas, Monitorização da doença, Informação sobre a doença, Prática de exercício, Controlo do stress e ansiedade e Hábitos de sono.

A autogestão da doença é crucial na pessoa com DPOC, pois potencia a sua independência e o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental em potenciar os recursos de cada utente para que esta se torne capaz de a gerir, mesmo em fase de exacerbação ou de evolução negativa do seu estado.

Para a operacionalização eficaz e efetiva dos programas de reabilitação, é necessário que existam equipas multidisciplinares, nas quais se incluem enfermeiros de reabilitação, que concretizem uma intervenção global, individualizada, que assente em três pilares: exercício físico (que se reveste de evidência científica A), a autogestão (ou self-management) e educação (GOLD, 2017). Só assim se conseguirá diminuir as incapacidades físicas/psicológicas causadas pela doença, aumentar a autonomia nas AVD, garantir a adesão ao regime terapêutico, assegurar a utilização de técnica adequada na inaloterapia, implementar técnicas de autocontrolo ventilatório eficazes, promover a reintegração social da pessoa com DPOC e, de grande relevância, capacitar a pessoa com DPOC para a autogestão da sua doença (OE, em 15/11/2017).

Para uma gestão eficaz da DPOC, é crucial conhecer o tratamento da mesma, tanto na fase estável, como na exacerbação. Araújo e Drummond, citados por Bugalho (2016), salientam que o tratamento da doença estável se divide essencialmente em tratamento farmacológico e não farmacológico. Estes tratamentos/medidas tem como objetivo o controlo de sintomas, promovendo uma diminuição das exacerbações e melhorando a qualidade de vida, numa abordagem guiada pela gravidade da doença.

Em relação à **categoria medidas gerais**, verificamos que todos os utentes após a realização das sessões de educação para a saúde sabiam e cumpriam algumas medidas gerais, como realizar a vacinação, não tomar banho com água muito quente, agasalhar-se, entre outros, como podemos constatar nas suas afirmações:

“Eu cuido-me, agasalho-me, faço as vacinas, o exame e a medicação e alimentação adequada.” E1;

“Tenho de me cuidar, não apanhar frio, faço as vacinas, os exames e a medicação...” E3;

“Faço a medicação, os exames e as vacinas. Eu cuido-me.... Evito estar ao pé dos fumadores e evitar ambientes poluídos. Se me sinto cansado paro um pouco e respiro fundo...” E4;

“Evito tomar banho de água muito quente, o vapor quente dificulta-me a respiração ...” E5.

Estas medidas gerais são cruciais nos utentes com DPOC, para reduzir ou evitar a exposição a fatores de risco agravantes, que podem levar a complicações e exacerbações da doença. Segundo Almeida ([et al.], 2016), é fundamental adotar determinadas **medidas**,

entre as quais destacam: deixar de fumar; evitar ambientes com tabaco; evitar odores fortes, procurando áreas bem ventiladas; evitar o nevoeiro; evitar fumos; se estiver frio a pessoa deve agasalhar-se e cobrir o nariz e a boca com lenço ou cachecol; se estiver calor deve permanecer dentro de casa em ambiente mais fresco. Também é importante afastar-se de pessoas que estão doentes com infeções, cumprir a vacinação e tomar a medicação prescrita. Aprender a gerir as emoções e prática de controlo respiratório e relaxamento são técnicas cruciais para estes doentes. Tal como a alimentação saudável, a prática de exercício físico regular e a prática de reabilitação respiratória, que são descritas como medidas importantes na DPOC.

Por outro lado, todos os participantes demonstraram saber algumas **medidas terapêuticas**, essenciais na prevenção de complicações e que de alguma forma contribui para que os doentes com DPOC tenham uma melhor qualidade de vida. Esta categoria divide-se em 3 subcategorias: Evicção dos fatores de risco, Cumprimento da terapêutica e Alimentação.

No que respeita à subcategoria Evicção dos Fatores de Risco, todos os participantes demonstraram, no final das sessões de educação, que adquiriram conhecimento a este nível, o que se comprova pelas seguintes afirmações:

“Em princípio ninguém deve fumar! Mas na DPOC pior, porque os pulmões já estão afetados, se nós lhe vamos dar tabaco, vamos intoxicar mais... evitar apanhar o frio ... agasalhar-me bem... evitar apanhar a poluição ...” E2;

“Já se sabe que ninguém deve fumar!...” E3

“.... Agasalho-me sempre muito bem no inverno, nos dias frios... não saio nos dias de nevoeiro...” E5;

“Também fujo de tudo o que são cheiros fortes, como vernizes, tintas ou gasolinehas e de fumos ou poeiras.” E7.

Segundo a OE (2013) na prevenção da DPOC é essencial o utente: não fumar; evitar a exposição aos fatores de risco, como poeiras, gases nocivos e fumo das lareiras; prevenir as infeções respiratórias e trata-las o mais precocemente possível; fazer uma alimentação equilibrada, praticar exercício físico e reduzir o peso excessivo.

Quanto à subcategoria Cumprimento da terapêutica podemos afirmar que todos os participantes adquiriram conhecimentos sobre a terapêutica principal na DPOC, cumprindo a medicação prescrita e as vacinas recomendadas, o que se observa pelas afirmações que passamos a citar:

“É importante...fazer as vacinas da gripe todos os anos e já fiz as das pneumonias...” E1;
“Fazer a vacina da gripe todos os anos.” E2; E3
“Tomo sempre a vacina da gripe todos os anos e já fiz as vacinas das pneumonias (Pn23 e Prevenar 13).” E5; E6;
“Faço também a medicação.” E1; E2; E3; E4; E6; E8;
“...Uso sempre a bombinha e faço os medicamentos que... me receitam” E7

Na DPOC uma intervenção terapêutica precoce permite uma melhoria da qualidade de vida do utente e um atraso na degradação da função pulmonar (Almeida e Ávila (2003), citado por Cordeiro e Menoita (2012)).

A orientação terapêutica na DPOC deve ser definida no sentido de: fornecer um alívio sintomático; prevenir as exacerbações; reduzir a programação da doença e preservar a função pulmonar; prevenir e tratar as complicações e evitar ou minimizar os efeitos secundários (Cordeiro e Menoita ,2012).

A GOLD (2011) refere que o tratamento da DPOC implica reduzir os sintomas (alívio de sintomas, melhorar a tolerância ao exercício, melhorar o estado de saúde) e reduzir o risco (prevenir a progressão da doença, prevenir e tratar exacerbações e reduzir a mortalidade).

Nos utentes com doenças do foro respiratório, como é o caso da DPOC, é fundamental não só cumprir a terapêutica medicamentosa prescrita, como também é crucial saber para que servem os medicamentos e como administra-los. A equipa de saúde deve responsabilizar-se pelo ensino da terapêutica e por outro lado responsabilizar os doentes para sua correta utilização, incentivando a autogestão da terapêutica, dando empowerment e motivando o doente.

A terapêutica mais usual nestes utentes é a inaloterapia, onde se destacam os broncodilatadores. Brito de Sá (2018), refere que é fundamental a existência, nos CSP, de consultas onde a prática do ensino de técnicas inalatórias é recorrente, tal como já acontece, por exemplo, com a área da insulina. Deste modo, salienta-se a importância de acrescentar valor à prestação de cuidados respiratórios, no mundo em que vivemos com recursos limitados, destacando-se ser crucial o ensino individualizado das técnicas inalatórias. É verificado noutros países onde esta metodologia está a ser utilizada, resultados positivos no aumento da eficácia da terapêutica e, por consequência, na melhoria dos cuidados a estes doentes.

As nebulizações são outra forma de administração de medicamentos, também podendo ser utilizados na DPOC. Existem vários estudos que salientam também os benefícios da

administração do oxigénio em determinados estadios da DPOC, nomeadamente oxigenoterapia no domicílio. Os utentes que participaram no presente estudo, dado que se encontravam no estadio inicial da doença, nenhum realizava oxigenoterapia, pelo que este tema não foi aprofundado.

Segundo Marques (et.al, 2016) conhecer os medicamentos e saber como tomá-los é extremamente importante para viver melhor com a DPOC. Guerreiro e Bugalho (2016) salienta que, para além da importância de todos os utentes terem atualizadas todas as vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação (PNV), os utentes com doenças respiratórias, nomeadamente os doentes com DPOC, devem realizar a vacina contra a gripe e a vacina antipneumocócica. Estas vacinas conferem proteção contra inúmeros agentes virais e bacterianos, potencialmente associados a infeções respiratórias e pulmonares.

A DGS (2013) também vem reforçar a importância da vacinação em todos os utentes com DPOC, afirmando que todos devem fazer anualmente a vacina da gripe. A vacina pneumocócica é igualmente recomendada, segundo a mesma entidade.

Também a alimentação se destaca como subcategoria, por ser essencial manter o peso dentro dos parâmetros normais, dado que estes utentes não devem ter obesidade nem desnutrição. Na segunda sessão de educação para a saúde foi debatida esta temática, salientando-se a importância da Roda dos alimentos e onde se conclui que é essencial todos os utentes com DPOC terem uma alimentação saudável, equilibrada, diversificada. As frases que passo a citar demonstram esse conhecimento por parte dos participantes:

“É comer um bocadinho de tudo, mas saudável. Comer um prato colorido. Como sopa...couve flor e tomate. Bebo água e chá.” E1;

“Temos de comer um pouco de tudo, mas saudável equilibrada...É importante beber água também”; *“Ah! E as bebidas alcoólicas em excesso também são prejudiciais”;*

“ Eu habitualmente como alimentação saudável, à base de grelhados, ou estufados, mas com pouca gordura, muitos legumes e fruta e uso...o azeite. No centro da roda está a água que é a bebida que eu consumo, bebo cerca de 1,5 l por dia.” E9.

Araújo (2016), salienta que é essencial o adequado aporte nutricional nos utentes com DPOC, porque se verifica que tanto a obesidade como a magreza excessiva são prejudiciais à evolução da doença.

A perda de peso, pode afetar a respiração, ao reduzir a força e função dos músculos respiratórios e esqueléticos. Uma pessoa desnutrida não tem energia suficiente. O excesso

de peso, por outro lado, pode agravar os sintomas respiratórios, sendo que a pressão sobre os pulmões pode aumentar o esforço necessário para respirar.

Podemos afirmar que na DPOC é de extrema importância manter um peso adequado e um IMC dentro dos parâmetros normais, de modo a evitar o agravamento da doença.

Segundo Marques (et.al, 2016) na DPOC não existe nenhuma alimentação especial, no entanto, como a doença leva a um maior gasto de energia, é essencial realizar uma dieta saudável e equilibrada, que contenha a quantidade necessária de calorias e nutrientes indispensáveis a um bom funcionamento do organismo, em particular dos pulmões. É importante referir que as pessoas com DPOC com o aumento do esforço respiratório, podem gastar até 10 vezes mais energia.

Nas sessões de educação para a saúde, foram referidas as orientações para uma alimentação saudável de acordo com Marques (et al, 2016), também, foram abordados outros aspetos, nomeadamente, uso de técnicas de higiene brônquica pelo menos uma hora antes de comer, descansar antes das refeições e se necessário, usar as posições de alívio da falta de ar e a respiração com lábios semicerrados, a mais valia de usar receitas rápidas e fáceis, e cozinhar para mais do que uma refeição de cada vez, congelando e guardando para comer depois e realizar refeições mais pequenas e mais frequentes, optando por 5 ou 6 refeições por dia.

Podemos concluir que uma alimentação saudável deve ser uma prioridade para os utentes com DPOC, uma vez que esta se associa a um maior armazenamento de energia, aumenta a qualidade de vida e melhora a capacidade física e previne infeções respiratórias.

Outra categoria que sobressai é a **monitorização da doença** que se divide em 3 subcategorias: Exames, Consultas de vigilância e Controlo do IMC. Esta categoria destaca-se por ser fundamental a vigilância e o controlo da DPOC e nesse sentido as 3 subcategorias anteriormente referidas são essenciais.

A realização dos Exames é muito importante no decorrer da DPOC, no diagnóstico, e depois para saber o estágio em que a pessoa se encontra. Todos os utentes com DPOC presentes neste estudo, afirmaram realizar todos os exames que o médico prescreve. Da análise das entrevistas, destacam-se as seguintes afirmações:

“Todos os anos faço exames.” E1; E3

“...Faço todos os exames e análises” E2;

“Faço exames necessários.” E4; E5;

“... Faço regularmente exames, um deles é a espirometria...” E7

Em relação às consultas de vigilância, todos os participantes são vigiados em consultas, pelo médico de família ou pelo pneumologista e todos salientaram a importância da continuidade desta vigilância, como se pode constatar pelas suas afirmações:

“Eu recorro sempre aos serviços de saúde, cá (USF) ...” E1;

“Sou seguido cá na USF” E3; E4; E10

“Sou seguido na Pneumologista...Particular” E1; E2; E5; E6; E10;

“Recorro ... Pneumologista... hospital” E4; E9;

Bugalho (2016) afirma que os utentes com DPOC deverão ser referenciados a consulta de especialidade no caso de: estes estarem sintomáticos apesar da otimização terapêutica; não estarem controlados sob o ponto de vista de exacerbações (≥ 2 /ano); apresentarem insuficiência respiratória crónica ou de existirem comorbilidades de difícil gestão, face à vantagem na promoção de uma estratégia terapêutica integrada.

O Controlo do IMC é um parâmetro importante avaliar nos utentes com DPOC, nomeadamente para despiste da obesidade e da desnutrição porque ambas contribuem para o agravamento da doença. Após as sessões de educação para a saúde, todos os participantes demonstraram compreender a importância desta avaliação e de manterem um IMC dentro dos valores normais. As suas afirmações assim o demonstram:

“Devo ter alimentação saudável, para não ser nem muito magrinha nem muito gorda.” E1;

“Não devo engordar muito, por isso faço por ter uma alimentação saudável e equilibrada.” E2;

“... nesta doença também não convém ter muito peso; já emagreci 7 kg.” E3;

“Sei que não devo engordar muito, melhorei muito a respiração desde que emagreci, já não me canso como dantes.” E6.

Nas sessões de educação para a saúde para além da avaliação do peso, foi também avaliado o IMC e explicado o seu significado.

A DGS (2011) salienta que o excesso de peso ou o baixo peso podem ser um problema. Cerca de 25% dos doentes com estadio II ou IV mostram redução no IMC e massa magra, sendo que a redução do IMC é um fator de risco para a mortalidade em doentes com DPOC.

No que concerne à **categoria Informação sobre a doença**, esta foi uma categoria bastante valorizada nas sessões de educação para a saúde com os doentes com DPOC.

Neste sentido todos os utentes aumentaram os seus conhecimentos sobre a doença e perceberam a importância da literacia em saúde na DPOC, no entanto houve apenas um utente que durante a entrevista salientou esta necessidade, demonstrada nas seguintes afirmações:

“E não menos importante, procuro informar-me sobre a minha doença pesquisando em revistas científicas, assistindo a programas sobre saúde na TV e por esse mesmo motivo decidi aceitar e frequentar as sessões de educação... que são um modo de literacia, onde também aprendi muitas coisas, aumentando o meu conhecimento sobre a doença, dando-me dicas importantes para ter mais saúde.” E10

Obter informação sobre a sua doença é uma medida fundamental, que todos os utentes com DPOC devem adotar, no sentido de autoconhecimento e de autogestão da doença, procurando aumentar a sua literacia em saúde. Segundo o ONDR (2018) a informação está muito relacionada com a literacia e nas populações mais idosas a percentagem que não atingiu a instrução básica ultrapassa os 30%, tornando-se por isso sujeita a desigualdades em confronto com uma pequena percentagem inferior a 10% com estudos secundários completo ou superior.

A literacia em saúde é entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a sua saúde, na vida de todos os dias e também no que diz respeito ao desenvolvimento do sistema de saúde, constituindo deste modo a referência nuclear do Plano Nacional Educação para a Literacia e Autocuidados (DGS, 2016).

O PNS (2015), revisão e extensão até 2020, propõe entre outras medidas: a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende e à realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.

Marques [et.al] 2016, afirma que a informação relacionada com o estilo de vida dos utentes e da sua família pode ser útil para perceber se têm um estilo de vida ativo ou sedentário e para compreender como se podem implementar algumas estratégias de reabilitação, como o exercício físico, no seu dia-a-dia.

O ONDR (2018) salienta que atualmente há mais informação disponível, o que obriga, à existência desses meios, de forma a dar resposta cabal às necessidades. O Ministério da Saúde (2017) pôs à disposição da população portuguesa informação atualizada de importantes revistas científicas médicas nacionais e internacionais, o que pode aumentar

a literacia, tão essencial nesta área da saúde respiratória, onde ainda persistem muitos mitos.

Quanto à categoria **prática de exercício físico** esta divide-se em 5 subcategorias: Caminhar, Bicicleta, Natação, Hidroginástica e Ginástica. Estas subcategorias demonstram que todos os participantes do estudo fazem exercício físico, sendo que alguns associam mais do que uma modalidade na sua prática.

É de realçar que o exercício físico, a par de uma alimentação equilibrada, faz parte dos hábitos de vida saudável de qualquer pessoa. Para além de ajudar a manter a agilidade, o peso ideal e a tonificar os músculos, o exercício físico eleva a sensação de bem-estar físico e psicológico, bem como a resistência ao stress e ao cansaço do dia a dia (Correia e Lopes, 2014). Nesta perspetiva o exercício físico deve estar integrado no quotidiano dos utentes com DPOC.

A subcategoria caminhar salientada por 8 participantes, demonstrando ser o exercício físico mais praticado:

“faço caminhadas parando várias vezes.” E1;

“Faço caminhadas... Vou frequentemente da Praia de Quião até Santo André e vou passear os cães.” E2;

“Antigamente fazia grandes caminhadas, agora ando 6 km e já é bom... se me cansar paro e depois retomo. Tenho consciência da importância do exercício físico” E4;

“Faço caminhadas e a lida da casa, tenho muito para arrumar. Tenho a noção que é importante fazermos exercício físico para termos mais saúde. E respirarmos melhor.” E7;

Quanto à subcategoria Bicicleta houve 1 participante que referiu realizar esta prática de exercício:

“... e ando de bicicleta...” E2

A **natação** é uma subcategoria referida por 2 participantes:

“Pratico muita natação e jacúzi, deixei a sauna e o banho turco, porque me fazia mal... a saúde é mais importante que tudo o resto.” E6;

“... faço natação ...” E3;

A Hidroginástica, por sua vez, foi citada por 1 participante:

“... faço ... hidroginástica.” E10

A prática de Ginástica foi salientada por 1 participante:

“Atualmente faço ginástica... Tenho equipamento em casa para fazer...Até 13 anos, antes de ir para o mar, fazia atletismo, 15 km dia, depois parei.” E3;

A atividade física tem um papel preponderante na saúde e bem-estar dos indivíduos, ao estar diretamente ligada à prevenção de um conjunto de doenças crônicas não transmissíveis, onde se inclui a DPOC. Este é apenas um de muitos motivos pela qual a promoção da atividade física deverá estar integrada nas prioridades presentes e futuras do SNS.

Em relação à prática de exercício físico pelos utentes com DPOC, é de salientar que todos os participantes no presente estudo, fazem habitualmente exercício físico e alguns fazem mais do que um tipo de exercício físico.

O exercício físico mais praticado pelos utentes que participaram neste estudo é a caminhada, um total de oito destacou essa prática. A natação é o segundo exercício físico mais praticado, sendo referido por 3 utentes. A ginástica, por outro lado é praticada por dois utentes. A bicicleta, a hidroginástica e as tarefas domésticas foram referidas como prática habitual cada uma por um utente diferente.

Estes resultados vêm, de uma forma positiva, contrariar os dados recentes do IAN- AF (2018), que indicam que apenas 41,8% dos cidadãos praticam regularmente atividade física, desportiva e/ou de lazer programada.

Segundo a DGS (2013) todos os utentes com DPOC devem efetuar exercício físico regular, independentemente da sua gravidade e da eventual recomendação da reabilitação respiratória, o exercício físico regular é ativamente recomendado. Marques [et al.] 2016 referem que o exercício físico tem um papel fundamental no tratamento da DPOC. A prática de exercício físico regular pode ajudar a pessoa com DPOC a respirar melhor e a realizar as atividades diárias de forma mais confortável, torna os pulmões, o coração e os músculos mais fortes e sendo praticado regularmente, ajuda a que esta se torne cada vez mais fácil. A prática de exercício ainda ajuda no controle da ansiedade e do stress, melhora a confiança nas atividades de esforço e simultaneamente contribui para que a pessoa com DPOC durma melhor.

O tipo de exercício físico deve ser adaptado a cada pessoa, consoante o seu estado de saúde e o estadio da DPOC e tendo em conta também o gosto individual. Quanto à frequência, o exercício físico deve realizar-se pelo menos 3 vezes por semana, no mínimo durante 20 minutos. No entanto, podemos afirmar que fazer apenas um pouco de exercício é melhor do que não fazer nenhum, desde que realizado com regularidade.

Existem algumas recomendações, que é fundamental que todos os utentes com DPOC, tenham conhecimento, antes de iniciarem a prática de exercício físico, nomeadamente que devem: vestir roupa e calçado confortáveis; realizar o exercício no momento do dia em que se sentem com mais energia; tomar os broncodilatadores antes do exercício e controlar a falta de ar através da respiração com os lábios semicerrados e das posições de alívio da falta de ar. É também importante a ingestão de água antes, durante e após o exercício.

Ao invés, não é recomendada a prática de exercício imediatamente após uma refeição e é importante que o doente evite ambientes que possam despertar os sintomas, como o frio ou calor extremo, vento forte e poluição. No caso, do utente usar oxigénio, precisa se o manter durante o exercício físico, sendo recomendado que cumpra a prescrição do médico, relativamente ao fluxo a utilizar.

Podemos concluir, que o exercício físico é sempre uma mais valia e é essencial na autogestão da doença. No entanto, o exercício físico deve ser adaptado ao estado de saúde de cada utente e combinado o tipo e duração do exercício com a sua equipa de saúde, de modo a obter benefícios desta prática. A chave para o sucesso do exercício físico é que se respeite as seguintes etapas: aquecimento, exercício aeróbico, exercícios de força e arrefecimento e que encontre algo que seja divertido e que se adeque ao seu gosto.

Em relação à **categoria controlo do stress e ansiedade**, esta mostra ser uma medida fundamental essencial para todos os utentes com DPOC. Esta consciencialização foi verificada pelas seguintes afirmações:

“Eu sei que estar calma ajuda muito...vejo programas de TV e eles também ensinam que não devemos estar com stress. Sei que devo respirar fundo para me acalmar quando é necessário.” E1;

“Sim, se estiver mais calmo é melhor para a minha saúde. Se tiver relaxado sinto-me melhor...” E3;

“É muito importante estar calma e não me enervar.... Se estiver calmo respiro melhor.” E7;

O stress e a ansiedade são sentimentos muito comuns nos utentes com DPOC e seus familiares. O stress ocorre quando o utente julga não ter os recursos adequados para lidar com a sua doença. A DPOC pode ser um acontecimento stressante, porque não é fácil aceitar que uma doença crónica pode limitar o seu dia a dia e o da sua família. A resposta do organismo perante o stress, reflete-se fisicamente, mental e emocionalmente, a nível comportamental e socialmente.

Nas sessões de educação para saúde foram abordadas diferentes técnicas de alívio de stress e ansiedade, com o intuito de transmitir ao doente a importância de levar uma vida calma, tranquila, e com pensamentos positivos. Foi incentivado o relaxamento e a partilha de emoções e simultaneamente estimulados a se manterem ocupados com atividades de lazer e atividade física.

Também a **categoria hábitos de sono**, é de extrema importância para os utentes com DPOC, o que foi compreendido por todos os participantes, apesar dos hábitos de sono diferirem muito de pessoa para pessoa, o que se pode verificar pelas suas afirmações:

“Durmo bem, apesar de acordar algumas vezes de noite, mas durmo 7h a 8 h por noite...tranquilo... acordo algumas vezes e... volto a dormir.” E4;

“Durmo mal, durmo cerca de 4 h por noite... o 1º sono eu durmo bem, o problema é o resto da noite, acordando depois custa-me voltar a dormir.” E7;

“Durmo poucas horas, mas seguidas...6h por noite chega-me! Se estiver doente com tosse é que durmo mal. É muito importante dormir bem para estar bem.” E8;

Dormir bem é fundamental para uma vida saudável, e na DPOC não é exceção. As perturbações do sono são muito comuns nestes utentes, tal como confirmado neste estudo, que tendem a sofrer mais insónias e sonolência diurna do que a população geral, contribuindo para o cansaço crónico e que afeta a qualidade de vida dos mesmos.

Estas perturbações ocorrem principalmente devido aos sintomas da doença, nomeadamente quando acordam de noite devido à tosse, o que faz com que se sintam mais cansados durante o dia. Deste modo é fundamental que os sintomas da DPOC sejam controlados, para que os utentes possam dormir melhor, porque é essencial dormir bem, pois só com um sono adequado, conseguem adquirir a energia necessária para gerir durante o dia, melhorar a capacidade de raciocínio e prevenir ou diminuir a ansiedade (Marques, et al, 2016).

Conhecimento sobre Recursos da Comunidade

No que respeita à área temática Conhecimento sobre Recursos da Comunidade, esta divide-se em 2 categorias: Serviços de saúde e Associações.

Relativamente aos serviços de saúde constatou-se que os participantes recorrem frequentemente aos serviços de saúde, nomeadamente à USF e ao pneumologista, como se pode ler nas entrevistas:

“Eu recorro sempre aos serviços de saúde. Cá e na pneumologista...” E1;

“Eu sei... Tenho a minha médica família, a pneumologista, a enfermeira de família e a Sr.^a enfermeira, que é especialista...”

“Sei que existem. Eu recorro mais cá e pneumologista, mas é bom saber... que temos outros serviços aos quais recorrer.” E6

“Eu recorro aos serviços de saúde...A enfermeira também me ajudou, facultando contatos de vários serviços importantes para me ajudarem na minha doença.” E9;

É crucial que todos os utentes com DPOC frequentem os serviços de saúde, de modo a que possam vigiar a sua saúde e adotar medidas de modo a controlarem a sua doença mediante o estadio da mesma, prevenindo as complicações da doença, evitando as suas exacerbações e gerindo as comorbilidades associadas à mesma.

Segundo Marques (et.al, 2016) os utentes com DPOC e os seus familiares necessitam de muitas vezes de apoio médico e /ou obter informações acerca da doença e de recursos disponíveis. Estes autores salientam o papel do enfermeiro na USF e dos enfermeiros de reabilitação, salientando os programas de reabilitação respiratória onde as sessões educacionais sobre a DPOC são também uma mais valia.

Em relação às **Associações**, todos os participantes deste estudo referem ter consciência da existência de uma associação direcionada para os utentes com a sua doença, porque foi apresentada nas sessões de educação para a saúde e no material didático fornecido:

“Sei que há, mas nunca lá fui!...” E6;

“Sei! A “Sim, sei que temos uma associação, não só para DPOC, mas também para outras doenças respiratórias” E9;

“Sim, a associação portuguesa de pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias é a RESPIRA.” E10.

É importante que todos os utentes que tem DPOC estejam familiarizadas com determinadas palavras e que saibam quais os endereços da internet com interesse e que sejam fidedignos.

Nas sessões de educação para a saúde, realizadas no decorrer deste estudo de investigação, foi dado a conhecer aos utentes várias palavras e termos relacionados com a doença em estudo e o seu tratamento, e também demonstradas determinadas siglas, das quais destaco: DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica); EPOC (em espanhol) e COPD (em inglês).

Segundo Marques (et.al, 2016) para além da informação que os profissionais de saúde lhe podem fornecer sobre a DPOC, pode também encontrar informação sobre a doença na internet, porque esta é uma forma prática e simples de aceder e recolher conteúdos relacionados com a sua doença.

Foi explicado a todos os participantes que a **RESPIRA é a Associação Portuguesa** de Pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias crónicas, sendo dado a conhecer como aceder ao site, bem como ao de outros recursos, nomeadamente, da Fundação Portuguesa do Pulmão; da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, da Saúde 24, da Direção Geral da Saúde e também, alguns de nível internacional (GOLD; o COPD Foundation e o Living Well with COPD) (Marques et.al, 2016). Também, foi recomendada a leitura do documento informativo “Aprenda a Viver com a DPOC”

Sentimentos face à Doença

Esta área temática emergiu antes e depois das sessões de educação para a saúde, constatando-se que após a realização das sessões os sentimentos negativos referidos foram menos, destacando-se três, que deram lugar às Categorias Medo, Preocupação e Sofrimento. Esta área temática dá resposta a um dos objetivos específicos do estudo, que é identificar os sentimentos vividos no fim do programa de educação para a saúde em relação ao diagnóstico de DPOC.

A **categoria medo** foi expressa por 3 participantes no fim das sessões. Este medo é principalmente em relação aos sintomas da doença, sendo o principal sintoma a dispneia e também pela consciência da gravidade da doença e seus estádios, que passo a citar:

“Eu vou fazer 70 anos e sinto que vou morrer asfixiada! ...” E7;

“... é uma doença ... que assusta por poder piorar com o passar dos anos...” E9;

“Tenho medo que a falta de ar aumente.” E10.

O medo é um sentimento comum nos utentes com DPOC e que aparece naturalmente quando estes se consciencializam que esta é uma doença para a vida. Segundo Araújo, citado por Marques ([et al.], 2016) a palavra crónica, na sua essência, assusta muitos doentes que questionam se vão ficar doentes para sempre, mas também devido ao fato da sua doença não ter cura e por outro lado não saber como vai evoluir.

A **preocupação** é um sentimento, comum em quem tem uma doença crónica e que dada a sua sintomatologia pode colocar em causa as atividades de vida das pessoas, sendo referido por 1 participante:

“A DPOC é uma doença que me preocupa...” E10

A DPOC é uma doença que preocupa não só os utentes que dela padecem e os seus familiares mais próximos, como também é preocupação das entidades de saúde em geral. Segundo Marques (et.al, 2016) a DPOC é um problema de saúde pública de elevada magnitude e uma preocupação dos sistemas e políticas de saúde mundiais devido a ser uma doença crónica que afeta 210 milhões de pessoas em todo o mundo e 800 mil em Portugal. A OMS estima que em 2012 mais de 3 milhões de pessoas morreram por DPOC, representando 6% da mortalidade. Em 2030 estima-se que a DPOC seja a 3ª causa de morte e a 7ª causa de anos vividos com incapacidade.

Também o **sofrimento** é referido como um sentimento face à DPOC, como se comprova pela afirmação de 1 participante:

“...sofro muito, tenho esta falta de ar...tusso 5 minutos seguidos...não gosto de incomodar os outros...” E7;

O sofrimento é um sentimento associado à DPOC, sendo referido por vários autores. A DPOC acarreta considerável sofrimento para os utentes, e também para os seus familiares e tem um enorme peso económico-social (Araújo citado por Marques ([et al.], 2016). Este sofrimento deve-se a múltiplos fatores, dos quais se destaca o fato de ser uma doença que tendencialmente evolui para o agravamento e, ao dificultar, em grau variável, a função respiratória, pode condicionar assinalável perda de qualidade de vida e mesmo limitação da capacidade de realizar as tarefas mais comuns.

Deste modo, sendo a DPOC uma doença crónica profundamente incapacitante é responsável por um sofrimento enorme e uma repercussão muito grande nas capacidades do individuo como membro de uma família e da comunidade, *“é também um problema social grave, em que a qualidade de vida dos doentes é muito perturbada”* (Segorbe ,2003 citado por Magalhães, 2009).

Constatamos que apesar de os participantes deste estudo se encontrarem nos estádios iniciais da doença, estão conscientes da sua progressão e das suas possíveis consequências, levando a que os seus sentimentos face à doença, de um modo geral, sejam negativos e de receio em relação ao seu futuro, como constatamos nos resultados anteriormente apresentados.

Podemos concluir, da análise das entrevistas, antes e depois, que o diagnóstico de DPOC despertou nos participantes um misto de emoções básicas, naturais, inatas, como exemplo,

o medo, a surpresa e a tristeza, mas por outro lado um leque de emoções complexas, que ocorrem com a aprendizagem social, como é o caso da culpa, por exemplo.

Segundo Marques (et. al, 2016) todas as emoções são válidas, mas devemos procurar estratégias para melhor aproveitar as emoções que proporcionam bem-estar, levando ocorrência de pensamentos positivos e criativos.

Reconhecimento do Papel do Enfermeiro de Reabilitação

Nesta investigação o que se preconiza é essencialmente trabalhar na prevenção das complicações, incentivando a literacia em saúde. A área temática apresentada divide-se em 3 Categorias: Educação para a saúde, Treino e execução de exercícios de reabilitação respiratória e técnicas de conservação de energia.

Em relação à **educação para a saúde**, este é um dos papéis do enfermeiro especialista em reabilitação, dadas as suas competências e conhecimentos aprofundados. Os utentes que participaram nas 3 sessões de educação para a saúde, no final do estudo demonstraram compreender a importância do enfermeiro de reabilitação como educador, como se confirma pela leitura que se segue:

“A enfermeira já contribuiu, porque me ensinou várias coisas, que ajudaram a compreender a minha doença...As sessões... Senti que me fizeram bem.” E1;

“Sei que me pode ajudar, informando-me sobre a minha doença e ensinando-me a lidar com a doença...sei que me ajudam a respirar melhor e não só, são especialistas...podem ajudar-me em todo o processo da minha doença.” E2;

“...vocês como especialistas podem ajudar-nos a lidar com a nossa doença...é bom saber que temos quem nos ajude.... Eu aprendi várias coisas sobre a minha doença...” E3;

“Tudo o que... nos ensinou nas sessões foi uma mais valia... foi benéfico... estou aqui, porque acredito naquilo que a Sr.^a enfermeira como especialista me diz e me ensina... venho a todas as sessões... porque sei que aprendo e me ajuda a lidar com a minha doença.” E4;

“Até na importância da sexualidade a enfermeira falou... foi bom para descontrair e para compreendermos que é uma coisa normal...” E6;

“Foi muito bom, foi muito importante...se houverem mais sessões eu vou...” E7.

“Fico muito agradecido porque fiquei com muitas ideias... aprendi muito sobre a minha doença” E8;

“...estes profissionais... podem ajudar-me a compreender a minha doença e a trata-la... foi sem dúvida uma mais valia! Finalmente deixei de fumar e agora já sei como me cuidar e quem me pode ajudar. Se houverem mais sessões pode contar comigo...” E9;

“...um dos mitos é a sexualidade... os doentes com DPOC podem ter uma sexualidade ativa... basta seguir os conselhos... que nos ensinou...” E13.

Está comprovado, com evidência científica, que o controle dos doentes com DPOC deve passar por programas de reabilitação, devidamente estruturados. Estes Programas têm por base a educação do doente e cuidadores sobre a doença, a otimização da terapêutica farmacológica, a intervenção psicológica e social, o treino de exercício e técnicas de reabilitação.

A DGS (2009), relativamente à componente educacional sugere que sejam abordados temas como técnicas de reeducação funcional; técnicas de conservação de energia; dieta adequada e a incentivação à evicção tabágica (Pinto, 2015).

Segundo Magalhães (2009) as pessoas estão mais propensas a comprometerem-se com, e a adotarem comportamentos de promoção de saúde, quando outros significativos modelam o comportamento, e esperam que este ocorra prestando ajuda e apoio. Nesse sentido é importante que o enfermeiro desenvolva estratégias ao nível da educação para a saúde.

Nesta esteira, é crucial termos uma população informada. Segundo a Conferência de Alma-Ata (1978) *“A população tem o direito e o dever de participar no processo de conservar e melhorar a sua saúde”* e *“A promoção e a proteção da saúde do povo (...) contribui para melhorar a qualidade de vida.”*, citado por Magalhães, 2009. É nesta obtenção de informação, nomeadamente através da educação para a saúde que o enfermeiro de reabilitação tem um papel crucial.

É fundamental a educação terapêutica do utente com DPOC, de forma a poder melhorar as suas competências e conhecimentos para lidar com a evolução da doença e com as necessárias adaptações. A educação terapêutica deve ser adaptada às necessidades e ao ambiente em que a pessoa vive. O processo de educação terapêutica deve, ainda, promover a aquisição de competências para o auto-controlo da respiração, como auto-ajuda para minimizar a dispneia e atuar em caso de exacerbação.

O processo de educação terapêutica deve ser interativo, prático, com objetivos fáceis de cumprir e adaptado às competências intelectuais e sociais da pessoa, devendo incluir noções elementares sobre a DPOC e aspetos específicos do programa de reabilitação respiratória. Deve o acompanhamento das pessoas com DPOC incluir a discussão sobre a evolução da sua saúde, a adesão ao regime terapêutico (Magalhães, 2009).

Deste modo, recomenda-se a promoção da saúde da pessoa e família, para que facilmente reconheçam a doença, os seus sinais e sintomas, adotem estratégias de evicção tabágica

e participem em programas de reabilitação respiratória, pois reduzem a longo termo a morbilidade da DPOC. É também essencial que os enfermeiros especialistas de reabilitação sejam promotores da reabilitação respiratória no sentido da tolerância ao exercício, reduzindo a dispneia e fadiga, melhorando a qualidade de vida. Estes benefícios são comprovados por vários trabalhos de investigação (Magalhães, 2009).

Também é importante fazer ensino ao utente e família sobre estilos de vida saudável, nomeadamente: exercício físico, alimentação saudável (ingestão de líquidos), evitar ambientes poluídos, evicção tabágica, (informação do utente/família e dos cuidadores informais sobre a doença (Pinto, 2015).

Segundo Goranssen e Kierkegaard (2003), citados por Magalhães (2009), ao avaliarem a intervenção de enfermagem, com recurso a um estudo randomizado, aplicaram um programa de educação baseado no Modelo da crença na saúde a utentes com DPOC e concluíram que apresentam forte motivação para deixar de fumar, hábitos alimentares alterados, menor fadiga. Assim é fundamental continuar a investir na investigação e na educação para a saúde no sentido de desenvolver autocontrolo da respiração, reduzindo os internamentos e melhorar a qualidade de vida da pessoa com DPOC, dando resposta às políticas nacionais de prevenção e controlo da DPOC (Magalhães, 2009).

As sessões de educação para a saúde realizadas aos utentes com DPOC decorreram, como um utente referiu, de modo a esclarecer mitos. Nessa perspetiva foi também abordado o tema da sexualidade. Até porque a atividade sexual é importante para a maioria dos seres humanos, sendo um fator que contribuiu para a felicidade e bem-estar de muitos casais, não sendo exceção para quem tem DPOC. No entanto por vergonha ou tabu, muitas vezes as pessoas tendem a evitar falar abertamente neste assunto com os profissionais de saúde, apesar de ser um assunto que muito as preocupa, o que verifiquei na realização deste estudo. Todos os participantes, salientaram que foi uma mais valia ter sido abordado este tema nas sessões de educação para a saúde, notando-se nas suas feições e nas suas palavras, que esta abordagem, lhes trouxe uma outra visão sobre este assunto, compreendendo que ter DPOC não impedia de ter uma sexualidade ativa e saudável.

Para que os utentes com DPOC tenham uma sexualidade saudável, devem ter conhecimento sobre alguns fatores importantes, que podem influenciar a sua concretização harmoniosa. É importante saberem que durante a atividade sexual é normal o aumento da frequência respiratória e cardíaca, podendo ser necessário recorrer aos exercícios respiratórios, aprendidos nas sessões, durante a sua realização. No entanto, segundo Almendra e Miranda (2008) a fadiga, a dispneia, a baixa de oxigénio ou os efeitos

produzidos pela medicação podem reduzir o seu desejo sexual, mas estas circunstâncias não devem ser uma limitação para a realização da sexualidade.

Existem algumas recomendações importantes, que podem ajudar estes utentes a ter uma sexualidade ativa e sem receios, e que foram apresentadas nas sessões de educação para a saúde, e cuja apresentação despertou bastante interesse nos participantes. Nas sessões de educação foram também apresentadas algumas posições que podem ajudar a diminuir a falta de ar durante a atividade sexual de acordo com Marques et. al (2016). Estas imagens contribuíram para eliminar estigmas e clarificar algumas dúvidas sobre o tema da sexualidade na pessoa com DPOC.

O treino e execução de exercícios reabilitação respiratória, que foi realizado na 3ª sessão de educação para a saúde, foi muito importante para a capacitação dos participantes, sendo salientada pelos mesmos positivamente. Simultaneamente estes exercícios contribuíram para que os participantes compreendessem e reforçassem a importância do papel do enfermeiro especialista em reabilitação. As próximas afirmações salientam este reconhecimento:

“Faço ginástica respiratória agora em casa também repito os exercícios de respiração. Com vassoura levanto e baixo os braços e respiro; uso também um saco de arroz... tenho me sentido muito melhor...” E1;

“... faço como me ensinou e respiro corretamente...com as técnicas de inspirar e expirar bem.” E2;

“Faço os exercícios da respiração de encher o ar, cheirar a flôr e deitar o ar fora, soprar a vela, com os lábios semicerrados.... ajudam-me na DPOC, mas também a estar mais calmo e não subir as minhas tensões.” E4

“Faço em frente ao espelho vários exercícios para ver se tenho uma postura correta. Uso um pau de vassoura, um saco arroz que coloco na barriga ... um lençol e faço os exercícios respiração...temos de respirar com calma e deitar o ar fora, porque temos muito ar dentro de nós ...” E4;

“Muitas vezes de noite para ajudar a dormir faço exercícios respiratórios para me acalmar.” E7

“Faço os exercícios de respiração, de encher o ar pelo nariz e deitar fora pela boca. Também faço exercícios em frente espelho, onde observo a minha postura.” E9;

“Faço ginástica respiratória em casa, como aprendi nas sessões. Faço os exercícios de respiração. Com bastão que tenho da licenciatura, levanto e baixo os braços e respiro; uso também um saco de caroços de cereja para respiração abdominal. Comprei faixas elásticas para fazer exercícios e bolas ténis para relaxar.” E10

Respirar significa vida, no entanto, sempre que ocorre um distúrbio a nível respiratório, o que é natural torna-se difícil, tal como acontece no utente com DPOC, sendo a dispneia um dos principais sintomas. Para melhorar a dispneia é essencial que os utentes com DPOC aprendam a controlar a sua respiração, para que possam viver melhor, com mais qualidade de vida, existindo uma série de exercícios que podem ser ensinados acompanhados de uma correta respiração, tornando-se crucial fomentar os exercícios de reabilitação respiratória.

Os benefícios da reabilitação respiratória na DPOC são bem conhecidos, sendo vários os estudos que o evidenciam, nomeadamente melhoria da qualidade de vida, redução da ansiedade e depressão, redução da dispneia e fadiga associada ao exercício, melhoria da capacidade de tolerância ao exercício, melhoria da capacidade funcional na realização das atividades de vida, diminuição das exacerbações, redução do declínio funcional pulmonar, diminuição do número de internamentos, e recurso aos serviços de urgência, bem como, benefícios psicossociais na pessoa com DPOC (Cordeiro e Menoita, 2012). Também o ONDR (2013) salienta a importância da Reabilitação respiratória, salientando os seus benefícios nos utentes com DPOC. Os benefícios da reabilitação são independentes do sexo, da idade e gravidade da doença (António, Gonçalves e Tavares, 2010). A DGS (2007) reforça que “Todos os doentes com DPOC beneficiam de reabilitação respiratória já que melhoram a sua capacidade de exercício e dispneia”.

Os Programas de reabilitação respiratória devem ser contextualizados e adaptados individualmente, tendo em consideração múltiplos fatores relacionados com a doença (fase de evolução, estabilização/agudização, patologias associadas), com a pessoa (grau de instrução e capacidade de aprendizagem, situação sócio- familiar e profissional), com o local onde vai ser realizado e recursos disponíveis (Sousa (2003) citado por Cordeiro e Miranda (2012)).

Soares (2012), com base nos estudos efetuados por diferentes autores e na literatura, constata que um PRR direcionado para o utente com DPOC deve ser composto por **três eixos estruturantes**:

- A Reeducação Funcional Respiratória, que se centra em técnicas de relaxamento, técnicas respiratórias e exercícios globais;
- A Permeabilidade das vias aéreas, que engloba a limpeza das vias aéreas, com recurso a medidas específicas e gerais facilitadoras da eliminação de secreções;

- As Técnicas de conservação de energia, que em conjugação com as técnicas respiratórias permitem, a realização das AVD, com menos gasto energético, contribuindo para a autonomia da pessoa.

Segundo a DGS (2009) a RR é aplicável a partir do estadio GOLD II, mas dirigida essencialmente, a utentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa.

As **técnicas de conservação de energia**, que foram exemplificadas também na 3ª sessão de educação para a saúde do presente estudo, são técnicas podem fazer a diferença na vida destes utentes, principalmente na realização das AVDS. Todos os participantes neste estudo compreenderam a importância destas técnicas, utilizando-as no seu dia-a-dia. Das entrevistas com os utentes com DPOC, emergiram as seguintes afirmações:

“Sim, é respirar para não me cansar tanto e é não querer fazer tudo ao mesmo tempo. Agora coloquei o estendal da roupa ao meu nível, para não me cansar tanto. Como a enf.^a me ensinou tenho de me poupar.” E1;

“Não devo trabalhar tanto, devo dividir as tarefas...” E1;

“São técnicas que podemos usar para não me cansar tanto e não gastar tanta energia, para respirar melhor” E2; E4; E7; E9; E10;

“Faço por ter as coisas que uso no meu dia a dia ao meu alcance e as que raramente uso é que estão no alto. Quando subo as escadas ou varro a casa uso a técnica de deitar o ar fora no esforço” E4;

“... são técnicas que ajudam a não gastar energia...peço minha esposa para subir e me trazer os objetos que me estão mais altos, que ela respira melhor que eu! Divido as tarefas e evito esforços. Se faço esforços, respiro como me ensinou.” E5;

“Eu quando subo escadas uso estas técnicas para não me cansar tanto.” E9;

“Eu faço as tarefas mais cansativas de manhã...já aprendi que tenho de fazer as tarefas domésticas por etapas...posso fazer atividades como descascar batatas ou favas sentada com os braços apoiados.” E10.

As Técnicas de conservação de energia são definidas como a adoção de posturas com o intuito de diminuir o gasto energético durante as atividades físicas, aumentando a capacidade de o utente realizar as tarefas da sua vida com independência (Castro, 2012).

Em síntese, podemos concluir após a análise das entrevistas, que o objetivo específico analisar os benefícios da educação para a saúde nos utentes com DPOC foram observados e são inúmeros. Verificamos que os participantes adquiriram conhecimentos sobre o conceito da DPOC, fatores de risco e como os evitar, sua gravidade, progressão através de estádios, sua cronicidade, complicações da doença e como evitá-las e tratá-las.

E a nível prático destacam-se os exercícios e técnicas, que foram além de ensinados, instruídos e treinados e que podem ser úteis futuramente com o evoluir da doença e que parece ter sido apreendido por todos os participantes, como se constatou nas afirmações anteriormente descritos. Salienta-se que do desconhecimento da maioria dos utentes veio o saber, construído ao longo das três sessões de educação para a saúde, o que se comprova porque todos os utentes referem que aprenderam muito no decorrer destas sessões.

É também fundamental a constatação de que todos os participantes associam essa aprendizagem ao enfermeiro especialista de reabilitação, o que vem reforçar outro objetivo específico que pretende compreender a importância do enfermeiro de reabilitação no ensino e educação em saúde nos doentes com DPOC e vem dar força ao título deste estudo de investigação, salientando os contributos do enfermeiro de reabilitação.

CONCLUSÕES

Após a apresentação, análise e discussão dos resultados, surgem as conclusões, que vão de encontro aos objetivos preconizados pelo investigador para o presente estudo, dando resposta às questões de investigação. Em simultâneo o investigador deixa algumas sugestões e escoa algumas ideias para próximos trabalhos de investigação.

Com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde do doente com DPOC é importante desenvolver estratégias de gestão e controlo das doenças respiratórias crónicas em todas as regiões do país, incentivando a implementação de medidas de prevenção das doenças respiratórias crónicas. Também é importante promover a literacia em saúde, mais concretamente nas doenças respiratórias e hábitos de vida saudáveis. O incentivo da cessação tabágica e a realização de espirometrias à população de risco são outras medidas cruciais.

Investindo na literacia e na realização das sessões de educação para a saúde, no sentido da promoção da saúde, estamos certamente a dar uma das principais “armas” para a evolução de uma sociedade que é o acesso à informação e educação, no sentido do utente adquirir empowerment, capacitando-se para a autogestão da doença. Caso o utente não seja capaz é fundamental ensinar o prestador de cuidados. Deste modo foi dada resposta ao objetivo geral do estudo **“Compreender quais os ganhos em saúde obtidos com o diagnóstico e o tratamento precoce da DPOC, nomeadamente através da educação para a saúde”**. Verificando-se que os utentes em estudo se encontravam nos estadios 1 e 2, ou seja, nos estadios iniciais, onde foram realizadas sessões de educação para a saúde, com o objetivo de prevenir complicações e evitar exacerbações. Deste modo é dada também resposta aos objetivos específicos do estudo, nomeadamente **“Analisar os benefícios para a saúde nos utentes com DPOC”** e por outro lado **“Compreender a importância do enfermeiro de reabilitação no ensino e educação para a saúde nos utentes com DPOC”**.

Em relação às questões de investigação, foram também solucionadas as respostas, das quais se destaca o fato de se verificar que a população em estudo apresentava os **fatores de risco** mais característicos da DPOC, e no final do estudo os participantes foram capazes de os identificar, como se pode confirmar pela análise das entrevistas, uma vez que a maioria dos participantes tem como fatores de risco para a doença o tabagismo, sendo estes atualmente, ex-fumadores. Também, as doenças respiratórias anteriores tiveram especial destaque, bem como, as profissões de risco e a poluição atmosférica. A perceção dos fatores de risco na DPOC é fundamental de modo a que possa haver evicção dos

mesmos, de modo a que se possam retardar as complicações que advém da exposição a estes poluentes/compostos químicos.

Em relação à **perceção dos utentes em relação ao diagnóstico de DPOC**, existiu uma grande disparidade nas respostas no início do estudo quando comparadas com as respostas no final do estudo. Ao realizarmos as entrevistas iniciais verificamos que a maior parte dos utentes desconhecem o significado da DPOC, não conseguindo decifrar as siglas da sua doença e não demonstraram ter consciência da sua gravidade. No entanto, após a realização das três sessões de educação, constatamos que houve um aumento no conhecimento dos participantes sobre a sua doença, nomeadamente conceito, siglas, fatores de risco, complicações da doença, entre outros.

Outra das preocupações do investigador foi saber **o que sente o utente com DPOC**, tendo em conta que não existe muita bibliografia sobre esta temática e para que possa compreender melhor cada um dos participantes. Os sentimentos sobre a doença variam de utente para utente e consoante a maneira como cada um encara o seu diagnóstico. No presente estudo observamos que, aquando o diagnóstico da DPOC os sentimentos são muito diversificados, destacando-se, no entanto, os sentimentos negativos, nomeadamente: sofrimento, surpresa, negação, revolta, ansiedade, baixa autoestima, preocupação, culpa, tristeza e também resignação e aceitação. Por conseguinte, quando os participantes se consciencializam sobre o significado e gravidade da sua doença, após participarem nas sessões de educação para a saúde, os sentimentos expressos são mais comuns, destacando-se: o medo, a preocupação e o sofrimento. Podemos concluir pelas afirmações dos participantes que muitos dos sentimentos vividos pelos utentes com DPOC são na sua maioria negativos, o que é normal, dadas as características da doença, a sua evolução, sintomatologia e gravidade, pelo que muitos utentes demonstram receio pelo futuro, pelas possíveis hospitalizações, pela perda da independência, entre outros eventos.

Em relação à questão **“Qual a importância do enfermeiro de reabilitação na obtenção de ganhos em saúde nos utentes com DPOC, através da atuação nos estadios iniciais da doença?”** os resultados deste estudo permitem comprovar que os enfermeiros de reabilitação, dadas as suas competências tem um papel crucial, junto destes doentes, quer nos estadios iniciais, quer com o decorrer da doença, sendo fundamental conforme se constatou nesta investigação as suas competências como educador.

Podemos concluir que o objetivo central desta pesquisa foi atingido, porque foram compreendidos quais os ganhos em saúde obtidos a partir do diagnóstico e tratamento precoce na DPOC, nomeadamente através da educação para a saúde, que é uma das competências do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista em reabilitação.

A educação para a saúde, como já foi referido anteriormente, é fundamental nestes doentes, no sentido de evitar a exposição a fatores de risco e através da adoção de uma autogestão eficaz do regime terapêutico. Para que exista uma atuação imediata é crucial a deteção precoce da DPOC. Nesta esteira foram, por conseguinte, atingidos os objetivos específicos, que vão de encontro às questões de investigação.

Atendendo à importância do tema e aos resultados obtidos sugerimos a continuidade de investigação na área da DPOC e em especial nas fases iniciais da doença, em contextos de cuidados de saúde primários e em diferentes populações de modo a melhorar o nível de literacia em saúde do doente e familiares e deste modo maximizarmos a qualidade de vida destas pessoas.

Sugerimos, ainda, ações de educação para a saúde nas escolas junto dos adolescentes, no sentido de prevenção do tabagismo e da cessação tabágica e/ou nas empresas cujos trabalhadores estão expostos aos fatores de risco para esta doença, onde se pode alertar no sentido de os evitar e se protegerem. Outro local de atuação, é nos centros de saúde junto das populações em risco para a DPOC, onde é importante que se continue a investir na realização de espirometrias como meio de rastreio nos utentes com mais de 40 anos e sintomatologia ou fatores de risco para a DPOC, no sentido de se conseguirem diagnósticos precoces e, por conseguinte, se atue no sentido de tratamentos precoces, tal como foi preconizado neste trabalho de investigação. Ou seja, prevenir, para que a prevalência da DPOC, que se sabe que vai aumentar não seja tão expressiva.

Considerando que na elaboração de um trabalho de investigação existem sempre limitações e perspetivas futuras, fica ainda o objetivo de fomentar mais sessões, com mais doentes com DPOC em diferentes estádios da doença, que permita ser um espaço não só de aprendizagem, mas também de partilha das suas histórias e sentimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS, 2016) - **Relatório Candidaturas e Constituição de USF e UCC**. República Portuguesa: Administração Central do sistema de Saúde, IP, 11 de Julho de 2016. [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/estat_nacional_2016_07_11_15_24_32.pdf>.

AFONSO, Abel - **Dossier Especial Saúde – Dia Mundial da DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Com o apoio da Bial: Suplemento do Diário de notícias e Jornal de Notícias. Grande Porto, 14 de Novembro de 2012. [Em linha]. [Consultado em 9 Jun. 2016]. Disponível na WWW: <URL: https://www.bial.com/imagem/DossierSaude_DPOC.pdf>.

ALARÇÃO, I. e RUA, I. – **Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de competências**. [Em linha]. Julho-Setembro 2005. [Em linha]. [Consultado em 02 de Fev. de 2016]. Disponível no WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3a08>>.

ALMEIDA [et.al]. - **Aprenda a Viver com a DPOC**. Tenha uma vida com mais qualidade...mesmo que lhe tenha sido diagnosticada DPOC. Hospital Pedro Hispano/Matosinhos, 2016. [Em linha]. [Consultado em 03 de Jan. 2017]. Disponível no WWW: <URL: <https://www.sppneumologia.pt/uploads/files/spp/pdf36>>.

ALMENDRA, Manuela e MIRANDA Laurinda – **CONTROLANDO A DPOC...DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA. O Programa de Reabilitação Respiratória**. Tradução Livre e Adaptação “Controlando la EPOC “. SEPAR -Área de Enfermagem y Fisioterapia. Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidado de Medicina Hospital S.ta Maria Maior-EPE Barcelos.2008.

ALVES, José. **Teste os seus pulmões e saiba os riscos da DPOC**. Fundação Portuguesa do Pulmão em parceria com as Farmácias Holon. Artigo de Andrea Trindade, 2018. [Em linha]. [Consultado em 22 de Jan. 2018]. Disponível no WWW: <URL: <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/conyeados/unitled-1.png>>.

American Thoracic Society. **Standards for the diagnosis and care of patients with chronic Obstructive pulmonary Disease**. Am J Respir Crit Care Med. 1995; 152: S77-S121.

ANTÓNIO, Carla e GONÇALVES, Ana Paula e TAVARES, Alcina – **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e Exercício Físico**. Revista Portuguesa de Pneumologia. Lisboa: Vol. XVI, n. 94, Agosto 2010. [Em linha]. [Consultado em 03 de Jan. 2016]. Disponível em no WWW: <URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087321592010000400011>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO - **Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. APER, 2010.

ARAÚJO, P. – **Processo de ensino dinâmico a familiares cuidadores de doentes dependentes: Contributos de Enfermeiro de Reabilitação a partir de um ensino estruturado** [Em linha]. Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9298/3/disserta%C3%A3o%20Patr%C3%ADcia%20Ara%BAjo%2012-12%20.pdf>>.

ARAÚJO, Artur Teles - **Dossier Especial Saúde – Dia Mundial da DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Com o apoio da Bial: Suplemento do Diário de notícias e Jornal de Notícias. Grande Porto, 14 de Novembro de 2012. [Em linha]. [Consultado em 9

Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL: https://www.bial.com/imagem/DossierSaude_DPOC.pdf>.

ARAÚJO, A. Teles (2013) – Relatório do Observatório nacional das Doenças Respiratórias da Fundação Portuguesa do Pulmão. **Prevenir a Doença Acompanhar e Reabilitar o Doente**. [Em linha]. [Consultado em 05 Junho. 2016]. Disponível na WWW: URL:<https://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf>.

ARAÚJO, Teles de – Prefácio. In MARQUES [et.al.] – **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora?** – Orientações para um programa de reabilitação respiratória. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2016.ISBN 978-989-8075-67-3.

ARAÚJO, David e DRUMMOND, Marta- Doença pulmonar obstrutiva crónica. In BUGALHO, António - **Pneumologia Básica em Medicina Familiar**.1ª ed. Lisboa: Lidel, 2016.ISBN 978-989-752-236-9.

BÁRBARA, Cristina e CRUZ, Inês e GOMES, Elisabete – **Relatório de Efetividade de uma Rede de Espirometria no Diagnóstico da Doença pulmonar Obstrutiva Crónica nos Cuidados de Saúde Primários**. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da Direcção-Geral de Saúde (2012-2016). [Em linha].[Consultado em 6 Junho. 2016]. Disponível na WWW:<URL:<<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-efetividade-de-uma-rede-de-espirometria-no-diagnostico-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-chronica-nos-cuidados-de-saude-primarios.aspx>>.

BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo** (Edição revista e actualizada). Lisboa: Edições 70, 2009.

BARNUM, B.J.S. (1998) – **Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation**. New York: Lippincott, 5ª ed.

BEHLAU, Mara e OLIVEIRA, Gisele - **Recomendação da American Academy of Otolaryngology - Head and neck Surgery Foundation (AAO-HNSF) SOBRE “Rouquidão” (disfonia)**. Revista da sociedade Brasileira de Fonoaudiologia on-line version. Volume 14, no 4. São Paulo,2009. ISSN 1981-0232). [Em linha]. [Consultado em 6 Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v14n4/a23v14n4.pdf2009>>.

BLANCO, E. Hortonedá – **Síndromes Geriátricas**. Revisfarma- Miraflores. Edições Médicas, Lda. 2007.ISBN: 978-989-8036-17-9.

BRITO DE SÁ, Armindo. - **Jornal médico dos Cuidados de saúde Primários**. Diretor: José Alberto Soares, Ano VI, Número 61, pág.57. JustNews Publicações, setembro de 2018.

BUGALHO, António - **Pneumologia Básica em Medicina Familiar**.1ª ed. Lisboa: Lidel, 2016.ISBN 978-989-752-236-9.

BRUNNER e SUDDARTH’S – **Textbook of Medical-Surgical Nursing**. 9ª Ed. Lipincoot. 2002.ISBN:978-0781741545.

CAMINHA, José - **Dossier Especial Saúde – Dia Mundial da DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Com o apoio da Bial: Suplemento do Diário de notícias e Jornal de Notícias. Grande Porto, 14 de Novembro de 2012. [Em linha]. [Consultado em 9 Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL: https://www.bial.com/imagem/DossierSaude_DPOC.pdf>.

CARVALHIDO, T. e PONTES, M. – Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 2009, p. 140-150.

CARVALHO, Amâncio e CARVALHO, Graça – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Lusociência, 2006.ISBN 972-8930-22-4.

CASTRO, Miguel – **Técnicas de Conservação de Energia**. 4º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Universidade do Minho- Escola Superior de Enfermagem. Orientação de Ricardina Vieira castro. Fafe: 20 de Junho de 2012. [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível no WWW:<URL: <https://pt.slideshare.net/eccifafe/tnicas-de-conservao-de-energia>. >.

CASTRO, Daniel. **Jornal médico dos Cuidados de saúde Primários**. Diretor: José Alberto Soares, Ano VI, Número 61, pág.53. JustNews Publicações, setembro de 2018.

CHIZZOTTI, António – **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 8532633900.

CÓDIGO DE NUREMBERG OU NUREMBERGA –**Tribunal International de Nuremberg-1947**- UFRGS. Trials of war criminal before the Military Tribunals Control Council Low 1949; 10 (2): 181-182. [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>. >.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: versão 1.0 Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2006.ISBN 92-95040-36-8.

CORDEIRO, Maria do Carmo e MENOITA, Elsa Cristina Paz Carvela – **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. 1ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2012. ISBN 978-972-8930-86-8.

CORREIA, Luís Gardete e LOPES, Carlos – **GERIR A DIABETES, Uma Corrida de Fundo**. 1ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações, S. A, 2014.ISBN 978- 989-616-590-1.

COSTA, Mª Arminda, GOMES, Bárbara Pereira e MARTINS, Maria Manuela - **Enfermagem de Reabilitação, Coletânea de Textos**. Coimbra: Formasau, 2010.ISBN 978-989-8269-12-6.

COSTA, António - Saúde e bem estar (2017). [Em linha]. [Consultado em 22 Nov. 2017]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/pneumologia/dpoc/>. >.

COUTINHO, Clara Pereira - **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática**. Coimbra: Edições Almedina, 2011.ISBN 9789724044873.

CUNHA, A.; CARDOSO, L. O.; OLIVEIRA, V. C. T. F. - **Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem**. Sinais Vitais. ISSN 0872-0844. Coimbra. nº 61 (Julho de 2005), p. 36-40.

DECRETO-LEI Nº161/96, artigo 4, ponto 1. **D.R.I série- A. Nº 205** (4/9/1996). Ministério da Saúde. REPE (Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem). [Em linha]. [Consultado em 02 Janeiro 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>. >.

DESPACHO NORMATIVO nº 9/2006. **D.R.I série - B. Nº 34** (16/02/2006). [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/683669/details/maximized>>.

DECRETO-REGULAMENTAR N.14/2012, artigo 2º. **D.R.I série- Nº 19** (26/01/2014). [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na WWW:<URL: <https://dre.pt/application/conteudo/544428>. >.

DESPACHO nº 6300/2016. **D.R.II série - Nº 92** (12/05/2016). [Em linha]. [Consultado em 02 Jan. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://dre.pt/application/conteudo/74425639>. >.

DIRECÇÃO GERAL da SAÚDE: DGS (2004) – **Diagnóstico, Tratamento da Hipertensão Arterial**. Circular Normativa N.02/DGCG, 31/03/2005.Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL da SAÚDE: DGS (2005) – **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Circular Normativa N.03/DGCG, 17/03/2005.Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL da SAÚDE: DGS (2007). Circular Informativa. **Orientação Técnica sobre Diagnóstico e controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC)**. Lisboa: Ministério da Saúde. [Em linha]. [Consultado em 7 Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=DGS+orienta%C3%A7%C3%A3o+tecnica+sobre+diagnostico+e+controlo+da+DPOC+27%2F02%2F2007>>.

DIRECÇÃO GERAL da SAÚDE: DGS (2008) – **Orientações Técnicas Sobre Exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Circular Informativa N.34/DSCS, 19/11/2008.Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO - GERAL DA SAÚDE - **Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**. Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD, 27/10/2009. Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica- Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica**. Lisboa: Ministério da Saúde- Circular Informativa Nº 51/DSPCD de 28/12/2009.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DGS (2010). **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC. Lisboa,2010**.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Norma 028/2011- **Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Lisboa: Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL da SAÚDE (2013). Norma. **Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Lisboa: Ministério da Saúde. [Em linha]. [Consultado em 10 Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=norma+DGS+diagnostico+e+tratamento+da+DPOC+2013>>.

DIRECÇÃO- GERAL DA SAÚDE (2014) – Portugal Doenças Respiratórias em Números-2014. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Lisboa: Ministério da Saúde. ISSN: 21830673 [Consultado em 10 Jun. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-2014.aspx>. >.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015). **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo**.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2016). **PLANO NACIONAL EDUCAÇÃO PARA A LITERACIA E AUTOCUIDADOS**. DESPACHO NORMATIVO nº 3618-A/2016. D.R.II série Nº 49 (10/03/2016). Depósito legal Nº 8815/85.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2016). **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Critérios da Qualidade para a Realização de uma Espirometria**. Ministério da Saúde. Governo de Portugal.3ª edição. Lisboa 26 de Setembro de 2016.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2017). **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR)**. [Em linha]. [Consultado em 10 de Nov. de 2017]. Disponível na URL: <https://www.dgs.pt/em-destaque/apresentacao-relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2017-pdf.aspx>. >.

ENFERMAGEM (2002). **Educação continuada – Atualização profissional**. [Em linha]. [consultado em 10 Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.hgusa.com.br/enferma.html>. >.

FERREIRA, António Jorge - **Dossier Especial Saúde – Dia Mundial da DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Com o apoio da Bial: Suplemento do Diário de notícias e Jornal de Notícias. Grande Porto, 14 de Novembro de 2012. [Em linha]. [Consultado em 9 Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL: https://www.bial.com/imagem/DossierSaude_DPOC.pdf>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989- 8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da Conceção à Realização**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X

FUNDAÇÃO PORTUGUESA DO PULMÃO (2018). **Alerta à População Portuguesa Sobre Incêndios Florestais**. Consultado em 03 Janeiro de. 2019]. [Em linha]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/destaques/conteudos/incendios-florestais/>>.

FURTADO, Sofia – Dia Mundial da DPOC: a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. **Dossier Especial da Saúde**. (2011), p.12 [Consultado em 9 Jun. 2016]. [Em linha]. Disponível na WWW:<URL:https://www.google.pt/search?q=Dia+Mundial+da+DPOC%3A+a+Doen%C3%A7a+Pulmonar+Obstrutiva+Cr%C3%B3nica.+Dossier+Especial+da+Sa%C3%BAde&oq=Dia+Mundial+da+DPOC%3A+a+Doen%C3%A7a+Pulmonar+Obstrutiva+Cr%C3%B3nica.+Dossier+Especial+da+Sa%C3%BAde&aqs=chrome..69i57.1961j0j9&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8>.

GLADYS, Eugénia [et.al] – **La teoria de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto**. Colombia, 2007. [Em linha]. [Consultado em 3 de Jan. 2017]. Disponível na WWW: <URL:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2361985>>.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) -**Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. (2011). [Em linha]. [Consultado em 11 Jun 2016]. Disponível na WWW:<URL:[https://www.google.pt/search?q=Global+Strategy+for+the+Diagnosis%2C+Management%2C+and+Prevention+of+Chronic+Obstructive+Pulmonary+Disease.\(2011\).&oq=Global+Strategy+for+the+Diagnosis%2C+Management%2C+and+Prevention+of+Chronic+Obstructive+Pulmonary+Disease.\(2011\).&aqs=chrome..69i57.2305j0j9&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8](https://www.google.pt/search?q=Global+Strategy+for+the+Diagnosis%2C+Management%2C+and+Prevention+of+Chronic+Obstructive+Pulmonary+Disease.(2011).&oq=Global+Strategy+for+the+Diagnosis%2C+Management%2C+and+Prevention+of+Chronic+Obstructive+Pulmonary+Disease.(2011).&aqs=chrome..69i57.2305j0j9&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8)>.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) -**Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. (2017). [Em linha]. [Consultado em 10 de Novembro de 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://goldcopd.org/download/326/>>.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) -**Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. (2018). [Em linha]. [Consultado em 15 Jun 2019]. Disponível na WWW: <URL: <http://goldcopd.com>. >.

GONÇALVES, Ângela Carina Ramos. – **Comunicação de más notícias a pessoas com doença oncológica**. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, 2013. Tese Mestrado. [Em linha]. [Consultado a 09 de Jun. de 2016]. Disponível em WWW: <URL http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11061/1/700699_Tese.pdf>.

GUERREIRO, Francisco Gamito e BUGALHO, António- Particularidades terapêuticas em Pneumologia. In BUGALHO, António - **Pneumologia Básica em Medicina Familiar**. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2016. ISBN 978-989-752-236-9.

HANSON, Shirley. – **Enfermagem de cuidados à Família: Teoria, Prática e Investigação**. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos e BATISTA LÚCIO, Pilar – **Metodologia de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Penso 2013. ISBN 9788565848282.

HOEMAN, Shirley P.- **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª Ed. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.

IASIST Portugal - **A Evolução da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Internamento Hospitalar entre 2005-2014**. IASIST Portugal, Dezembro de 2015. Direção-Geral de Saúde. [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. de 2017]. Disponível na WWW: < URL:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-evolucao-da-dpoc-no-internamento-hospitalar-entre-2005-2014.aspx>>.

KENNETH, A. – **Fundamentos de Terapia Respiratória**. 9ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.ISBN 9788535230581.

KING, I.M. (1981) - **A theory for nursing: systems, concept, process**. New York: Wiley. Medical Publication.

LASH, S. – Convicções e comportamentos na educação para a saúde. **Revista Nursing**. Edição Portuguesa.Nº 27 (Abril 1990). P.46-48.

LAVERACK, Glenn – **Promoção de Saúde Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008.ISBN 978-989-8075-09-3.

LEI Nº 102/2009- **Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho**. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa (PGDL): Ministério público, de 10 de Setembro de 2009. [Em linha]. [Consultado em 03 Janeiro de 2017]. Disponível na WWW: :<URL: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1158&tabela=leis_ >.

LOIVOS, Luís Paulo – **DPOC-definições e conceitos - as bases clínicas**. Artigo Original. Pulmão RJ – Atualizações Temáticas 2009, 1 (1):34-37.

LUTZ, Valdecir - **Impacto da educação Individual no Programa de Reabilitação Pulmonar para Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale, 2007. Dissertação de Mestrado.

MAGALHÃES, Maria Manuela – **O Processo de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deficiência Ventilatória crónica – DPOC: da evidência científica à mudança das práticas**. Revista Investigação em Enfermagem, Sinais Vitais, N.20. Coimbra, 2009. ISSN 0874-7695.

MARQUES [et.al.] – **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora?** – Orientações para um programa de reabilitação respiratória. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2016.ISBN 978-989-8075-67-3.

MELEIS, A.I., [et.al] – **Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory**.Advances in Nursing Science.nº 23 (2000). p.12-28.

MELEIS, A.I. - **Theoretical Nursing: Development & Progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.ISBN 0-7817-3673-0.

MELEIS, A.I – **Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010.ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, A. I. – **Theoretical Nursing: Development & Progress**.5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.ISBN 978-1605472119.

MENDES, Maria Goréti - **A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Promoção do Autocuidado: gestão do regime terapêutico, no planeamento da alta do idoso com DPOC**. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém, 2013. Relatório de Trabalho de Projeto para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018), **Retrato da Saúde da Saúde, Portugal**. ISBN 978-989-99480-1-3.

MOREIRA, Paulo Kuteev – **Políticas de Saúde: Ensaio para um Debate Nacional**.2ª ed. Universidade Fernando Pessoa. 2007.ISBN:9789728830939.

NAZIR, SHOAB A.; ERBLAND, MARCIA L.; (2009) - **Chronic Obstructive Pulmonary Disease/ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: An Update on Diagnosis and**

Management Issues in Older Adults /Atualização de Diagnóstico e Gestão do regime terapêutico nas pessoas idosas. Cochrane Database of Systematic Reviews.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. Relatório ONDR 2013 - **Prevenir a doença, acompanhar e reabilitar o doente**. Observatório Nacional das doenças Respiratórias. Junho 2013. [Em linha]. [Consultado em 03 de Fev. de 2016]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ondr.pt/relatórios_ondr.html.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. **Relatório ONDR 2017** - Observatório Nacional das doenças Respiratórias. [Em linha]. [Consultado em 13 de Agosto de 2018]. Disponível na WWW: <URL: respiramelhor.pt/wp-content/uploads/2017/11/relatório-completo-ONDR-2017.pdf.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. **13º Relatório ONDR 2018 – Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal**. O estado de Saúde em Portugal 2018. Observatório Nacional das doenças Respiratórias. [Em linha]. [Consultado em 03 de Fev. de 2019]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ondr.pt/files/relatórios_ONDR_2018.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2006) - **Conselho de Enfermagem- Investigação em enfermagem- tomada de posição**. Ordem dos Enfermeiros: Abril, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados- Referencial do Enfermeiro**. [Em linha]. Março 2009, Conselho de Enfermagem da OE. [Consultado em 03 de Fevereiro de 2016]. [Em linha]. Disponível na www: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>>.

ORDEM ENFERMEIROS. **Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação**. Lisboa, 2010. [Em linha]. [Consultado em 03 de Fevereiro de 2016]. Disponível na WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/LegislaçaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2013) – **Dia Mundial da DPOC, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Bragança: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, 20 de Novembro 2013. [Em linha]. [Consultado em 11 Jun 2016]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/arquivo/eventos/Documents/flyerDPOC.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2015) - **Deontologia Profissional de Enfermagem**. Conselho Jurisdicional. Mandato 2008-2011, adaptado pelo Conselho Jurisdicional do mandato 2012-2015. Edições ordem dos enfermeiros. Agosto de 2015. ISBN 978-989-8449-30-1.[Em linha].[Consultado em 03 Jan. 2018].Disponível na WWW: <URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Comemoração do Dia Mundial Da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Unidade Local de Saúde da Guarda. Novembro 2017.

OREM, Dorothea - **Nursing: Concept of Practice**.5ª edição. New York: Mosby,1995.

PÁDUA, Adriana Inácio., Alvares, Flávia. e Martinez, José António Baddini – **Insuficiência Respiratória/Respiratory Failure**. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 205-213, Abril/Dezembro.2003. [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/549/549>>.

PETRONILHO, Fernando – **Autoconceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2012.ISBN 978-989-8269-17-1.

Pina, Nuno. **Jornal médico dos Cuidados de saúde Primários**. Diretor: José Alberto Soares, Ano VI, Número 61, pág.56. JustNews Publicações, setembro de 2018.

Pinto, José Abílio Afonso – **Reabilitação Respiratória à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Escola Superior de Saúde. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Trabalho Projeto. 2015. [Em linha]. [Consultado em 03 de Jan. de 2017]. Disponível na WWW: :<URL: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1522>. >.

PLANO NACIONAL EDUCAÇÃO PARA A LITERACIA (DGS,2016) – **Diário da República. Despacho Nº 3618-A/2016**. Depósito legal Nº 8815/85, 2ª Série Nº 49 - 10 Março 2016. ISSN 0870-9963.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2012) - **Objetivo para o Sistema de Saúde: Obter Ganhos em Saúde**. [Em linha]. [Consultado em 11 Jun 2016]. Disponível na www:<URL: [https://www.google.pt/search?q=PLANO+NACIONAL+DE+SA%C3%9ADE+\(2012\)+-+Objetivo+para+o+Sistema+de+Sa%C3%BAde%3A+Obter+Ganhos+em+Sa%C3%BAde&oq=PLANO+NACIONAL+DE+SA%C3%9ADE+\(2012\)+-+Objetivo+para+o+Sistema+de+Sa%C3%BAde%3A+Obter+Ganhos+em+Sa%C3%BAde&aqs=chrome..69i57j952j0j4&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8](https://www.google.pt/search?q=PLANO+NACIONAL+DE+SA%C3%9ADE+(2012)+-+Objetivo+para+o+Sistema+de+Sa%C3%BAde%3A+Obter+Ganhos+em+Sa%C3%BAde&oq=PLANO+NACIONAL+DE+SA%C3%9ADE+(2012)+-+Objetivo+para+o+Sistema+de+Sa%C3%BAde%3A+Obter+Ganhos+em+Sa%C3%BAde&aqs=chrome..69i57j952j0j4&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8)>.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE - **PNS Maio 2015 – Revisão e Extensão a 2020** - Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2015. [Em linha]. [Consultado em 03 Ago. de 2016]. Disponível na WWW: :<URL: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>. >.

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS,2014. Portugal – **Doenças Respiratórias em Números-2014**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2014.

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS 2017.Portugal. Ministério da Saúde. **Programa Nacional para as doenças respiratórias 2017**.Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. [Em linha]. [Consultado em 13 Ago. de 2018]. Disponível na WWW: :<URL: http://3r.web.ua.pt/docs/Programa_nacional_doencas_respiratorias.pdf. >.

PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO 2017. Portugal. Ministério da Saúde. **Programa Nacional para as doenças respiratórias 2017**.Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. [Em linha]. [Consultado em 13 Ago. de 2018]. Disponível na WWW: :<URL: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo.aspx>. >.

RAMOS, DR. João – **Um Médico Para Toda a Família**. Manual para Viver Com Mais Saúde.2ª ed. Lisboa: Manuscrito, 2016.ISBN 978-989-8818-31-7.

RABE, K. [et.al] – **Global Strategy for the diagnosis, management, and Prevention of chronic Obstructive pulmonary Disease: GOLD executive summary**. Am J Respir Crit Care Med. 2007; 176, pp.532-555.

REDMAN, Barbara Klug - **A Prática da Educação para a Saúde**.9ª edição. Loures: Lusociência, 2003.ISBN 972-8383-39-8.

REGULAMENTO nº 122/11. **DR II Série**. 35 (2011/02/18)8648-8653.

REGULAMENTO nº 125/11. **DR II Série**. 35 (2011/02/18)8658-8659.

REGULAMENTO nº 350/15. **DR II Série**. 119 (2015/06/22) 16655-16660.

RIBEIRO, José – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3º ed. Porto: Legis Editora, 2010. ISBN 978-989-8148-6-9.

ROCHA, Luís – Dia Mundial da DPOC: a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. **Dossier Especial da Saúde – Dia Mundial da DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Com o apoio da Bial: Suplemento do Diário de notícias e Jornal de Notícias. Grande Porto, 14 de Novembro de 2012. [Em linha]. [Consultado em 9 Jun. 2016]. Disponível na WWW:<URL: https://www.bial.com/imagem/DossierSaude_DPOC.pdf>.

RODRIGUES [et.al]. - **Educação para a Saúde- Formação Pedagógica de Educadores de Saúde**. Coimbra: Formasau - Formação e Saude,Lda, 2005.

- RUSSEL, Nacy - **Manual de Educação para a Saúde**. Lisboa: DGS, 1996.
- SAMPIERI, R.H., COLLADO, C.F e Lucio, P.B. – **Metodologia de Pesquisa**. 3ª Edição. São Paulo: McGrawHill, 2006. ISBN 85-8680493-2.
- SCHUMACHER, Karen L. e MELEIS, Afaf I. – **Transitions: A Central concept in Nursing**. Journal of Nursing Scholarship, 26 (2), 1994 Summer. P. 119-127.
- SERRA, Miguel Nunes – **Aprender a Ser Doente – Processos de Aprendizagem de Doentes em Internamento Hospitalar**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-932.
- SOARES, Maria de LA Salette Rodrigues Soares – **A pessoa com oxigenoterapia de longa duração - estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário**. Porto: Repositório da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Tese de Doutoramento, 2012. [Em linha]. [Consultado em 03 de Jan. 2019]. Disponível na WWW: :<URL: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/2625>. >.
- SOUSA, Clóvis Arlindo. **Exercício Físico para pessoas com Doenças Pulmonares**. EBOOK. Instituto Phorte Educação. Phorte Editora. São Paulo, 2015. CEP: 01327-000.
- STREUBERT, Helen J. e CARPENTER R. Dona - **Investigação Qualitativa em Enfermagem**. -2ª ed. Avançando o Imperativo Humanista. 2013. ISBN 972-8383-29-0.
- TOMEY, A.M. e ALLIGOOD, M.R. – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª ed. Loures, Portugal, Lusociência, 2004.
- TONES, K. e TILFORD, S. (1994) - **Health education. Effectiveness, efficiency and equity**. London: Chapman& Hall.
- VELLOSO, Marcelo e JARDIM, José – **Funcionalidade do Paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Técnicas de Conservação de Energia**, um Artigo de Revisão. Jornal Brasileiro pneumologia, vol.32 nº6. São Paulo. Novembro/Dezembro. 2006. [Em Linha]. [Consultado em 07 de Jan. 2016]. Disponível na WWW: :<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000600017&script=sci_arttext>.
- VIEIRA, José Belo - **Jornal médico dos Cuidados de saúde Primários**. Diretor: José Alberto Soares, Ano VI, Número 61, pág.17. JustNews Publicações, setembro de 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014) - **The 10 Essential Public Health Operations**. [Em linha]. [Consultado em 03 de Jan. 2016]. Disponível na WWW: :<URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>. >.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Regional office for Europe (2014)**. The Portuguese NATIONAL Health plan 2012-2016. Comments from WHO Europe. [Em linha]. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na WWW: :<URL: <http://www.pns.dgs.pt/relatorio-da-organizacao-mundial-de-saude-sobre-o-pns/>>.
- ZAGONEL, Ivete Palmira - **O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem**. Revista Latina de Enfermagem. Vol.7, nº3 (Julho 1999), p.25-32. [Em linha]. [Consultado em 03 de Jan. 2016]. Disponível na WWW: :<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>>.

ANEXOS

Anexo A

Autorização do Concelho Clínico e de Saúde

Projeto / Estudo n.º 100 / 16

Data de Receção: 03 / 10 / 2016

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo:

Silvia Rosa de Castro Fernandes

Contacto telefónico:

[REDACTED]

E-Mail:

[REDACTED]@gmail.com

Qualificação Académica:

Pós - Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação

Funções que desempenha: Enfermagem

Instituição: ACES

- USF

Designação do Estudo:

" Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPC -
Contributos da Enfermagem de Reabilitação "

Área científica em que se enquadra o estudo:

Enfermagem

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): Abril de 2016 a Março de 2017

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa) Qualitativa

Palavras - chave: DPC / Diagnóstico Precoce / Tratamento Precoce /
Ganhos em saúde / promoção da saúde.

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo: Orientador)



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Nome(s) Completo(s): Professora Doutora Sílvia Rosa
Instituição: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: Compreender quais os ganhos em saúde obtidos a partir do diagnóstico e tratamento precoce na DPOC, nomeadamente através da educação para a saúde.

Metodologia: Método de Investigação-Ação (Amostragem não probabilística por conveniência)
População alvo: Utentes inscritos numa USF do ACES Póvoa Varzim/Vila do Conde
Critérios de inclusão: Pessoas que apresentem fatores de risco para a doença / ou sintomatologia da DPOC, com idade igual ou superior a 40 anos de idade
Método de recolha de dados (anexar instrumento de recolha):

Entrevista semi-estruturada; observação direta; uso aparelho de exploração de telefone de serviço; fotografias, gravações; Folha de Registo do doente.

Descrição do que consiste a colaboração do ACES:

Autorização do estudo de investigação.

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACES [Redacted]

Data: 03 de outubro de 2016

Assinatura: Sílvia Rosa de Castro Fernandes

Projeto / Estudo n.º 100 / 16

Data de Receção: 07 / 10 / 2016

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável ☒

Não Favorável ☐

O parecer favorável do ACES [Redacted] é a submissão ao Conselho de Ética da ARSN

Data:

Assinaturas:

[Redacted Signature]

DIRETORA EXECUTIVA

ACES Grande Porto IV – Póvoa de Varzim | Vila do Conde

Nada a opor à sua realização

[Redacted Signature]

ARS NORTE



Anexo B

Formulário Comissão Nacional de Proteção de Dados

**ATENÇÃO - O Formulário foi submetido com sucesso.
Deverá fazer o pagamento de 150 € à CNPD**

por transferência bancária, através do banco eletrónico ou diretamente no balcão de agência
e/ou enviar o comprovativo da transferência com a referência para o endereço email:

NIB: 078101120112001400338 **pagamentos@cnpd.pt**
IBAN: PT50078101120112001400338 **BIC: IGCPTPL**

Por cheque à ordem do I.G.C.P. (Instituto de Gestão e Crédito Público)

ou em numerário entregue nas nossas instalações

utilizando **obrigatoriamente** o seguinte código na descrição de pagamento:

29.668.997

Se não fizer o pagamento no prazo de 3 dias úteis, o formulário será automaticamente eliminado

[Imprimir Formulário](#)

Formulário submetido em 2017-04-24 15:52:08

Notificação de Investigação Clínica

☐ 1ª Notificação

☒ Alteração de Notificação anterior já autorizada

☐ Substituição de Notificação ainda não autorizada

N.º de Processo: 1207 2017

1. Responsável pelo Tratamento

	Pessoa Coletiva	<input checked="" type="radio"/> Pessoa Singular
a) Denominação/* nome	Sílvia Rose de Castro Fernandes	
b) NIPC/NIF *	[REDACTED]	
c) Atividade Desenvolvida *	Enfermagem	
d) Morada *	[REDACTED]	
e) Código Postal *	[REDACTED]	
f) Telefone *	[REDACTED]	
g) Email *	[REDACTED]	
h) País *	<input checked="" type="radio"/> Portugal <input type="radio"/> União Europeia <input type="radio"/> Fora da União Europeia	
i) Nome comercial	[REDACTED]	
j) Pessoa de contacto*	Sílvia Fernandes	
k) Telefone *	[REDACTED]	
l) Email *	[REDACTED]	

Processamento de Informação

Serviço externo encarregado do processamento da informação ☐ Sim ☒ Não

2. Finalidade do Tratamento

Indique o tipo de estudo (apenas um) e, de seguida, identifique-o com o nome e, caso tenha, o número de protocolo*

☐ Ensaio Clínico

☐ Estudo Clínico com Intervenção

☒ Estudo Clínico sem Intervenção

☐ Estudo Clínico de Dispositivo Médico

☐ Estudo Clínico de Produtos Cosméticos e Higiene Corporal

Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC - Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Indique o nome do estudo *

N.º do protocolo

3. Categorias de dados pessoais tratados

✓ Dados Demográficos

- ✓ Idade/data de nascimento
- ✓ Género
- ✓ Raça/Etnia (se assinalar este campo, deve ter uma justificação específica validada pela CEC)
- ✓ Dados antropométricos
- ✓ Sinais vitais
- ✓ Composição do agregado familiar (dados agregados)

✓ Dados da História Clínica

✓ Dados de Exame Físico

✓ Dados de Exames Complementares de Diagnóstico

✓ Dados de Medicação Prévia e Concomitante

Dados de Farmacocinética

Dados Genéticos

Dados relativos à Vida Sexual

Dados relativos a cuidadores/acompanhantes (apenas os dados relacionados com as necessidades do participante)

Dados de Qualidade de Vida/Efeitos Psicológicos

✓ Dados relativos à Atividade Profissional com conexão com a Investigação

Dados Comportamentais, Psicológicos ou Volitivos com conexão com a Investigação (assinalando estes dados, deve ter justificação específica)

Eventos Adversos

4. Características do tratamento de dados decorrentes do estudo

O participante é identificado por código especificamente criado para este estudo * Sim ☒ Não

Há consentimento do participante ou do seu representante legal * Sim ☒ Não

Estudo Multicêntrico *

Sim Não ☒

Será criado um biobanco *

Sim Não ☒

5. Recolha de Dados

Recolha direta ✓

✓ presencial por impresso

✓ telefone

Internet URL:

✓ Outra

Descreva a forma de recolha direta

Uso de Gravador: para gravação das entrevistas semi-estruturadas. Após a gravação será de imediato passada a entrevista para papel/computador, ficando em formato escrito; Sendo de imediato apagada a gravação. É de salientar, deste modo, que será sempre garantido o anónimo e confidencialidade dos participantes no presente estudo.

Recolha indireta ✓

✓ processo clínico

Outra

6. Comunicação de Dados Pessoais a terceiros

Existe comunicação de dados pessoais a terceiros (assinale esta opção apenas se comunicar dados identificados, isto é, não codificados) *

Sim ☒ Não

7. Interconexões

Interconexões de tratamentos (assinale esta opção apenas se os dados interconectados não estiverem codificados) *

Sim Não ☒

8. Fluxos de dados pessoais

Existem fluxos transfronteiriços para fora da UE/EEE (assinale esta opção apenas se os dados transmitidos não estiverem codificados) *

Sim Não ☒

9. Exercício do Direito de Acesso

Junto dos investigadores no centro de ensaio / estudo clínico respetivo.

De que forma é exercido o direito de acesso

☒ Presencial ☐ Escrita
Outra:

10. Medidas de segurança a implementar

No momento do início do tratamento, estarão implementadas as medidas de segurança previstas nos artigos 14.º e 15.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, e as especificamente decorrentes da Deliberação n.º 1704/2015 da CNPD*

Sim ☒ Não ☐

11. Declaração

O presente tratamento de dados pessoais cumpre os limites e condições estabelecidos na Deliberação n.º 1704/2015, da CNPD, aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de estudos de investigação clínica*

Sim ☒ Não ☐

Anexo C

Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados



N/Ref. 02.02
Proc. n.º 8943 / 2017
Of. n.º 17125
Data: 2017-06-02

Assunto: Notificação de tratamento de dados de investigação clínica

Com referência ao assunto em epígrafe, ficam V. Exas. notificados de todo o conteúdo da decisão desta CNPD n.º 5983/ 2017 proferido em 02-06-2017, cuja cópia se anexa.

Com os melhores cumprimentos.

A Secretária da CNPD

(Isabel Cristina Cruz)



Autorização n.º 5983/ 2017

Sílvia Rosa de Castro Fernandes notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC - Contributos da Enfermagem de Reabilitação .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.



Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Sílvia Rosa de Castro Fernandes

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC - Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; sinais vitais; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados de exame físico; dados de meios complementares de diagnóstico; medicação prévia concomitante; relativos à atividade profissional com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 02-06-2017

A Presidente

Anexo D

Autorização da Comissão de Ética



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 26 julho 2017

INFORMAÇÃO Nº 091/2017

Nº <Processo> <Registo>

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº91/2017

Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 91/2017 sobre o Estudo "Diagnóstico e tratamento precoce da DPOC – contributos da enfermagem de reabilitação", aprovado na reunião de 25 de julho de 2017, por unanimidade.


À consideração superior


Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

DELIBERADO CONCORDAR



Dr. Pimenta Marinho
Presidência do C.D.


José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 34
REUNIÃO DE 04.08.2017





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ER
u

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 91/2017

Sobre o estudo T662 "Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC – Contributos da Enfermagem de Reabilitação"

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou, a apreciação do Processo T662, com o título supra, a desenvolver pela mestranda em Enfermagem de Reabilitação Sílvia Rosa de Castro Fernandes tendo como orientadora a Sra. Professora adjunta da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. A investigadora é enfermeira no ACES [REDACTED]
2. Integram o processo os seguintes documentos: o protocolo de investigação designadamente: cronograma, orçamento, as declarações de compromisso de confidencialidade e anonimato e de utilização dos dados apenas neste estudo, a declaração da entrega a esta CES de uma cópia do relatório final do projeto, Consentimento Informado, folha de registo de dados, currículo *vitae* da Investigadora, guião da entrevista, parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados, Pedido de parecer a esta CES, autorização do ACES e do coordenador da USF onde a investigadora pretende efetuar o estudo.
3. O estudo tem como objetivo principal, compreender quais os ganhos em saúde obtidos a partir do diagnóstico e tratamento precoce na DPOC, nomeadamente através da educação para a saúde e através da adoção da autogestão do regime terapêutico eficaz. Especificamente, pretende analisar os benefícios da educação para a saúde nos doentes com DPOC, identificar os sentimentos vividos pelos utentes aquando do diagnóstico da DPOC, identificar os sentimentos vividos no fim do programa da educação para a saúde em relação ao diagnóstico de DPOC, descrever quais as estratégias utilizadas, desde o diagnóstico, para a gestão da DPOC e compreender a importância do enfermeiro de reabilitação no ensino e educação em saúde nos doentes com DPOC.
4. Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando a metodologia de Investigação Ação.
5. O estudo irá decorrer nas Unidade de Saúde Familiar (USF) [REDACTED] que pertence ao ACES [REDACTED], onde a investigadora presta serviço como enfermeira. A amostra é constituída por utentes desta USF com os seguintes critérios de inclusão: pessoas que apresentem fatores de risco para a doença e/ou sintomatologia da DPOC com idade igual ou superior a 40 anos de idade e sejam utentes inscritos na USF e que aceitem participar no estudo. Os instrumentos de recolha de dados serão a entrevista semiestruturada, a observação direta, o uso do aparelho de espirometria e ainda fotografias, gravações, vídeos, a folha de registo de dados observados e o registo dos valores das espirometrias.



6. Do Estudo constam os Pareceres da Comissão Nacional de Proteção de Dados: Parecer 843/2017 de 23-01-2017 e o Parecer 5983/2017 de 2-06-2017.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Os custos do estudo, são da responsabilidade da investigadora
2. Não há indícios de exploração dos participantes
3. Está garantida a privacidade e a confidencialidade dos dados
4. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para investigação.

C – Conclusões


1. A CES reconhece a este estudo originalidade, relevância e pertinência dos resultados.
2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

Aprovado em reunião do dia 25 de julho de 2017, por unanimidade

O relator,


Dra. Maria Deolinda Neves

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



APÊNDICES

Apêndice A

Guião da Entrevista Antes das Sessões de Educação

GUIÃO DE ENTREVISTA (Antes das Sessões de Educação Saúde)

Tema: Projeto de Dissertação de Mestrado, intitulado “Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC, Contributos da Enfermagem de Reabilitação”.

Objetivos:

Compreender a importância do diagnóstico precoce para a intervenção precoce na DPOC;
Analisar os benefícios da Educação para a saúde nos utentes com DPOC;
Identificar os sentimentos vividos pelos utentes aquando diagnóstico de DPOC;
Identificar os sentimentos vividos pelos utentes no fim do Programa de educação para a saúde em relação ao diagnóstico de DPOC;
Descrever quais as estratégias utilizadas, desde o diagnóstico, para a gestão da DPOC;
Compreender a importância do Enfermeiro de Reabilitação no ensino e educação para a saúde nos utentes com DPOC.

Questões:

- . Tem conhecimento do que é a DPOC?
- . O que sentiu quando soube que tinha esta doença?
- . Acha importante o seu diagnóstico precoce?
- . Sabe que a DPOC é segundo GOLD (2010) “é uma doença prevenível e tratável, sendo que a sua deteção precoce e um tratamento adequado numa fase estável da doença, leva a um atraso das complicações da mesma, sendo a única forma de evitar a progressão da doença”?
- . Na sua opinião que fatores de risco podem ter levado ao aparecimento da sua doença? (tabagismo; Doenças pulmonares anteriores/exposição a infeções respiratórias; exposição profissional/profissões de Risco; poluição atmosférica; exposição a poeiras, gases nocivos, tintas, fumo do tabaco e das Lareiras; Predisposição para doenças genéticas; défice de alfa I antitripsina)
- . Sabe quais os sintomas da DPOC? Revê-se em algum deles? (falta de ar/cansaço fácil; tosse e expectoração matinal; pieira /chiadeira).
- . Em relação ao Tratamento da DPOC, tem conhecimento como pode prevenir as complicações e exacerbações da doença? Sabe que pode contribuir ativamente na gestão da sua doença?
- . Sabe o que é a educação para a saúde? Na sua opinião acha importante estar informado relativamente à doença que lhe foi diagnosticada recentemente? Acha fundamental este conhecimento para uma correta gestão da doença?
- . Já teve algum apoio de algum Enfermeiro de Reabilitação? Sabe que estes profissionais podem ajudá-lo na prevenção, tratamento da DPOC e educa-lo no sentido de prevenir complicações e evitar a progressão da doença?

Apêndice B

Guião da Entrevista Depois das Sessões de Educação

Guião Entrevista

(Após a realização das 3 sessões de educação para a saúde)

- 1- O que é para si a DPOC?
- 2- Sabe quais os Fatores de Risco para esta doença?
- 3- Tem conhecimento quais os sintomas mais frequentes nesta doença?
- 4- Sabe o que é uma espirometria? 4.1- Acha que este exame é importante para o diagnóstico da DPOC?
- 5- Qual a perceção sobre a gravidade da sua doença? (Sabe que a DPOC é uma doença crónica? Que tem 4 estadios?)
- 6- Gostava que a sua doença tivesse diagnosticada mais cedo? (Diga porquê)
- 7- Acha que quem tem DPOC não deve fumar? (Porquê?)
- 8- Sabe quais os Cuidados que deve ter para não ter complicações? (que exames? que vacinas, etc. – dar exemplos para clarificar a pergunta)
- 9- Acha que a DPOC é uma doença que vai aumentar nos próximos anos? (Diga porquê?)
- 10- Que recursos, na comunidade, conhece para o ajudar a lidar com a sua doença? Sabe que existe uma Associação de pessoas com DPOC? Sabe que existe um dia mundial da DPOC?
- 11- Como pensa contribuir ativamente na gestão (controlo) da sua doença?
- 12- Qual é para si a importância da Roda dos Alimentos?
- 13- Sabe que tipo de alimentação deve ter na DPOC?
- 14- Tem conhecimento qual a importância do exercício físico na DPOC? Pratica algum exercício físico?
- 15- Habitualmente dorme bem? Sabe qual a importância de ter bons hábitos de sono na DPOC?
- 16- Sabe qual a importância da gestão do stress e ansiedade na DPOC?
- 17- Para si qual a importância das sessões de educação realizadas? (quais os contributos para o utente das sessões)
- 18- Que exercícios respiratórios aprendeu e quais os que já pratica no seu dia-a-dia?
- 19- Sabe o que são técnicas de conservação de energia? (qual a sua importância na DPOC)
- 20- Considera que o enfermeiro especialista em reabilitação pode contribuir para o controlo da sua doença? Como e porquê?

Apêndice C
Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Este estudo insere-se no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, encontrando-me a realizar uma Dissertação de Mestrado intitulada "Diagnóstico e Tratamento Precoce da DPOC, Contributos da Enfermagem de Reabilitação". É realizado sob a orientação da Professora Doutora Salette Soares. A sua pertinência prende-se com o facto da DPOC ser uma doença prevenível e tratável, que quando diagnosticada num estadio inicial, mais possibilidades existem de se retardar a evolução natural da doença. Neste sentido, o desenho de investigação delineado, será implementado em contexto de cuidados de saúde primários, para o efeito contamos a sua colaboração e participação, no sentido de dar resposta aos objetivos da investigação. As etapas do presente projeto são: detetar os utentes com fatores de risco e/ou sintomatologia da DPOC e realizar espirometria para confirmação do diagnóstico; Realização de Sessões de educação para a saúde com o intuito de promoção da saúde, pretendendo-se consciencializar os doentes para os benefícios da aplicabilidade dos ensinamentos realizados na melhoria da saúde dos mesmos; Realização de uma entrevista semiestruturada, individual aos doentes com DPOC, aquando do diagnóstico e outra após a realização das sessões de educação. Poderá ser necessário recorrer ao uso de material de registo, como fotografias, vídeos ou gravações, com o intuito de dar resposta aos objetivos da investigação. Para o presente estudo contamos com a sua colaboração e participação, garantindo e preservando a identidade de todos os intervenientes. A sua participação não é obrigatória, tem o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sendo que para o fazer poderá contactar a investigadora através do n.º de telefone abaixo indicado. Devido ao seu carácter de participação voluntária, não implicará prejuízo para aqueles que não quiserem participar. Asseguro que as informações serão utilizadas apenas pela investigadora e a sua participação não implica quaisquer prejuízos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais danos colaterais.

A investigadora,

(Sílvia Rosa de Castro Fernandes)

e-mail: [REDACTED], telefone: [REDACTED]

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data:

/..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Nota: Este documento é feito em duplicado, uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Apêndice D
Folha de Registo de Dados

Folha de Registo de Dados

Código específico Estudo: _____

Idade: _____

IMC (Peso/altura): _____

Estado civil: _____

Tipo de Residência (se é urbano/rural): _____

Habilitações Literárias: _____

Atividade profissional (atual/passada): _____

Conhece alguém que tenha DPOC: _____

Fatores de Risco DPOC: _____

Sintomas da DPOC: _____

Resultado da Espirometria:

FEV 1	
CVF	
FEV1/CVF (ÍNDICE DE TIFFENEAU)	

Estadio da DPOC: _____

A Investigadora:

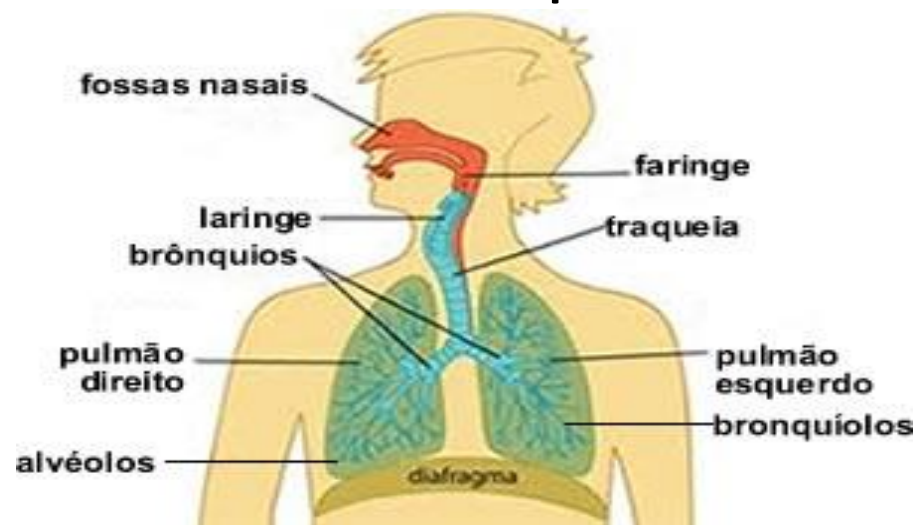
Apêndice E

Documentos Fornecidos aos participantes nas sessões

Dia Mundial da DPOC



Sistema Respiratório



- É um evento anual **organizado pela GOLD** (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease), que conta com a colaboração dos profissionais de saúde de todo o mundo.
- O **objetivo** é sensibilizar a população para a doença e melhorar os cuidados da DPOC.
- Ocorre na **2ª ou 3ª quarta-feira de novembro**.
- Este ano de 2017 decorreu no dia **15 de novembro**.

“Aprender a Viver com a DPOC”

Temas Principais da 1ª Sessão de Educação para a saúde:



- Definição de DPOC;
- Definição Bronquite crónica e enfisema;
- Fatores Risco da DPOC;
- Sintomas da DPOC;
- Condições laborais e DPOC;
- Como se faz o Diagnóstico da DPOC;
- O que é uma espirometria?
- Tabaco e DPOC;
- Benefícios de deixar de fumar;
- 4 Estádios da DPOC;
- Como tratar a DPOC;
- Como evitar complicações na DPOC;
- Fatos e números atuais na DPOC;
- Dia mundial da DPOC.

**Doença
Pulmonar
Obstrutiva
Crónica**

“A Importância da Auto-Gestão da DPOC”

Temas Principais da 2ª Sessão de Educação para a saúde:



- Definição de Auto-gestão da DPOC;
- Promover a adesão ao Regime Terapêutico;
- Dar Empowerment (Poder) à pessoa com DPOC;
- Importância de uma Nutrição adequada na DPOC;
- Alimentação na DPOC;
- Roda dos alimentos- a sua importância;
- IMC (Índice massa corporal) e DPOC;
- Importância da Avaliação do Perímetro abdominal na DPOC;
- Orientações para uma alimentação saudável;
- Benefícios do exercício físico na DPOC?
- O que é normal sentir durante a prática de exercício físico na DPOC e quando deve parar;



- A Importância da medicação na DPOC para controlo dos sintomas;
- Tipos de Inaladores utilizados na DPOC;
- Os 6 certos da Terapêutica Inalatória
- Sono e DPOC;
- Vida sexual e DPOC;
- Gestão do Stress e Ansiedade na DPOC;
- A importância da avaliação das Saturações de oxigénio na DPOC;

“Benefícios da Reabilitação Respiratória na DPOC”

Temas Principais da 3ª Sessão de Educação para a saúde:



- Importância da Reabilitação Respiratória na DPOC;
- Ensino das técnicas de Auto-Controlo Respiratório;
- Importância da respiração com os lábios semicerrados;
- Respiração Diafragmática – ensino da importância desta técnica na DPOC (demonstração sem e com um saco de 1 a 2Kg);
- Técnica de expansão e mobilidade torácica (sem e com bastão/halteres e faixas elásticas);
- Técnicas de Correção postural (demonstração em frente a um espelho quadriculado);

- Posições de conforto e relaxamento fundamentais na dispneia (falta de ar);
- Importância da eliminação da expectoração (Higiene Brônquica);
- Ensino da Tosse eficaz;
- Técnica de *huffing* (“espelho embaciado”) e ciclo ativo das técnicas de respiração;
- Espirómetro de incentivo e a sua utilidade na DPOC;
- Técnicas de conservação de energia – aprendizagem e consciencialização dos seus benefícios na DPOC;
- Apresentação de várias imagens com técnicas de conservação de energia;
- Que controlo devo fazer para vigilância da minha doença;
- Conselhos fundamentais na DPOC - A não esquecer;
- Recursos da comunidade/Contatos de Interesse.

Espirómetro de Incentivo





O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode:

Detectar as suas necessidades especiais;

Planear e implementar planos de cuidados especializados no âmbito da Reabilitação Respiratória;

Orientar e ensinar estratégias para prevenir complicações;

Cooperar consigo com o objectivo de ter uma vida mais saudável.



Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Em parceria com:



Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação



www.ordemenfermeiros.pt



CELEBRAÇÃO DIA MUNDIAL DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

15 de Novembro de 2017

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Os enfermeiros de reabilitação
ajudam-no a prevenir as complicações da doença
e a melhorar a sua qualidade de vida.



- É fumador?

Tem tosse e expectoração,
predominantemente durante o período da
manhã ou ao longo de vários dias?

- No Inverno constipa-se com frequência e
mais vezes do que o habitual?

- Cansa-se com facilidade, mesmo em
pequenos esforços?

**Siga os conselhos do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Reabilitação:**

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença broncopulmonar que resulta de uma obstrução das vias aéreas e é frequentemente causada pela Bronquite Crónica ou pelo Enfisema. Estas duas patologias podem surgir isoladamente ou associadas.

Em Portugal, calcula-se que 5,42% da população entre os 35 e os 69 anos sofra de DPOC.

Anualmente morrem por DPOC cerca de 8,7 pessoas por 100.000 habitantes.

Bronquite Crónica

Os brônquios estão inflamados, inchados e com secreções espessas, posteriormente podem ficar obstruídos, impedindo que o ar saia dos pulmões.

Sintomas:

- Tosse e expectoração praticamente diárias;
- Respiração com pieira ou chiadeira;
- Falta de ar quando são efectuados esforços maiores e posteriormente com a realização de actividades do dia-a-dia.

Enfisema

Os alvéolos estão afectados e originam perda de elasticidade do pulmão. Os pulmões não desinsuflam e o ar fica retido, dificultando a passagem de oxigénio dos alvéolos para o sangue.

Sintomas:

Falta de ar durante a realização de esforço e posteriormente com as actividades do dia-a-dia.

Prevenção

- Deixar de fumar.
- Evite a exposição a outros factores de risco como poeiras, gases nocivos e fumo das lareiras.
- Previna as infecções respiratórias e trate-as o mais precocemente possível.
- Faça uma alimentação equilibrada, pratique exercício físico e reduza o seu peso se estiver acima do adequado para a sua saúde.

Tratamento

- **Deixar de fumar** é a única medida que impede o agravamento da doença.
- **Siga as instruções** da equipa de saúde no que concerne à toma de medicação para combater a falta de ar e o cansaço fácil.
- **Consulte o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** da sua Unidade de Saúde. Ele pode orientá-lo para um programa de reabilitação adequado para si.



Recursos da Comunidade

As pessoas com DPOC e os seus familiares necessitam muitas vezes de apoio de um profissional de saúde e de obter informações acerca da doença e dos recursos da comunidade. De seguida passo a descrever alguns desses recursos:

É importante ter sempre à mão o nº de telefone do:

Centro de saúde/USF X: 252XXXXXX

Do Hospital da localidade onde reside (CHPV/VC): 252690600

Se ocorrer algum agravamento da doença:

Linha de saúde 24: 808242424

Se se sentir em perigo ou em situações de urgência:

Número de emergência: 112

Se pretende apoio para deixar de fumar:

Consulte o seu médico/enfermeiro de família para que seja encaminhado para as consultas de cessação tabágica;

Pode encontrar apoio através da linha SOS Deixar de Fumar: **808208888**

Se precisa de algum esclarecimento sobre serviços sociais:

Via Segurança Social: **808266266**

Palavras chave pesquisar:

Doença Pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); Espanhol (EPOC) e em Inglês (COPD)

Páginas nacionais:

Saúde 24: www.saude.pt

SPP – Sociedade Portuguesa de pneumologia: www.sppneumologia.pt

FPP – Fundação portuguesa do pulmão: fundacaoportuguesadopulmao.org; (Tem liga amigos)



Respira – Associação portuguesa de pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias crónicas: www.respira.pt



Presidente: Luisa Soares Branco

Contato: Rua Ivone Silva, n.º 6 Esq., 1050-124- Lisboa

Telefone: 964926708; 914632239

Correio eletrónico: respiradrmail.com

DPOC.PT (Site sempre atualizado sobre a DPOC)



www.ondr.pt



www.dgs.pt / www.portaldasaude.pt



www.paraquenaolhefalteoar.com

Este site contém informação sobre assuntos relacionados com a Asma e DPOC

Páginas Internacionais:

COPD Foundation: www.copdfoundation.org

Living well with COPD: www.livingwellwithcopd.com (password: copd)

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(GOLD): www.goldcopd.org

Apêndice F

Matriz Final de Dados Pré – Sessões

Quadro X – Áreas Temáticas, Categorias, Subcategorias e Unidades de Significância- Antes das Sessões			
Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Significância
Conhecimento sobre a DPOC	Conceito da doença	Presente	<p>“Sei que é uma doença dos pulmões, que se for crônica que não há hipótese, mas responder mais coisas não sei...É muito importante estar informado sobre a minha saúde” E1;”</p> <p>“Eu sei que para evitar(complicações) é não ter maus vícios e ter uma alimentação saudável. A minha esposa tem pacemaker e anda de manhã, eu saio à tarde. “E2;</p> <p>“...sei o que é a Bronquite Asmática, não se pode viver sem medicamentos, se não fica sem falta de ar e parece que o peito me arrebenta...apanhei esta doença há 37 anos...! E3;</p> <p>“sim, assim que soube do diagnóstico informei-me sobre a DPOC” E13</p>
		Ausente	<p>“É a 1ª vez que estou a ouvir a ouvir falar... Nunca ninguém me disse que tinha uma doença crônica...” E2;</p> <p>“Não. Estou a saber por si!” E5;</p> <p>“Não, estou a saber agora da DPOC” E6;</p> <p>“Não! Nunca ouvi falar!” E8;</p> <p>“Não, não tenho conhecimento.” E9;</p> <p>“Não, não sabia. Nunca tive nenhuma formação sobre esta doença. Estou agora a saber algumas coisas... Eu escuto muito os médicos na televisão, mas nunca ouvi falar da DPOC” E10;</p> <p>“Estou a saber agora! Mas não sei descrever o que é” E11</p>
	Diagnóstico Precoce		<p>“...sim, para não deixar adiantar” E1;</p> <p>“Eu penso que quanto mais cedo melhor. Deixar avançar é pior...” E2;</p> <p>“Sim...se for diagnosticada cedo trata-se mais cedo...” E3; E13</p> <p>“Sim, é muito importante...” E4; E11</p> <p>“Sim, claro que sim.” E5; E8;</p> <p>“Sim, eu acho que é uma mais valia! Quanto mais cedo soubermos mais cedo tratarmos!” E6;</p> <p>“Sim, eu acho fundamental.” E7;</p> <p>“Sim, será melhor.” E9; E10;</p> <p>“Sim. Eu acho que se fosse tratado em pequeno como devia, seria melhor. Tive bronquite em pequeno, mas não se tratava bem os problemas.” E12</p>
	Complicações		<p>“Não sei Responder...” E1;</p> <p>“Não tenho conhecimento” E2; E4; E5; E6; E8; E9 ;E10; E11; E12; E13.</p>

Reconhecimento da sua Situação	Informação		<p>É muito Importante estar informado sobre minha saúde" E1;</p> <p>"Eu acho que é uma mais valia." E2;</p> <p>"Sim, acho muito importante." E3; E4; E5; E10; E11;13</p> <p>"Nós temos de estar informados, para conhecermos a nossa doença. Temos de ser médicos de nós mesmos!" E6;</p> <p>"sim, eu acho que é fundamental!" E7;</p> <p>"Claro que sim, é muito importante! E8;</p> <p>"É importante." E9;</p> <p>"O Conhecimento não ocupa lugar!" E11</p> <p>"Sim, então não acho!" E12.</p>
	Fatores de risco		<p>"...hoje em dia digo aos outros para não fumar e não suporto o cheiro! Desde que saiu a lei do tabaco deixei de fumar.90% das casas não tem condições de ventilação. Deixei de fumar porque tive força de vontade." E2;</p> <p>" Hoje é imprescindível fumar, alerto as pessoas para não fumar e até o cheiro me incomoda." E3;</p> <p>"Deixei de fumar há 20 anos, quando Drª me disse que tinha mesmo de deixar. Peguei num palito cada vez que queria fumar e depois deixei o palito." E9</p>
	Fatores de risco	Tabagismo	<p>"O tabaco, fumei durante vários anos" E2; E5; E6; E7; E9; E12; E13</p> <p>"Sempre fumei, comecei a fumar e a brincar!...Fumei muitos anos até que me reformei...Fumei durante 14 anos. Hoje em dia nem gosto do cheiro do tabaco.</p> <p>"E3;</p> <p>"Fumo 5/6 cigarros por dia, outros dias 3 cigarros, se tiver por casa não fumo...Eu fumava 3 a 4 maços por dia...era a minha mãezinha que me mandava...para eu ter no mar! Não se sabia que fazia mal. Havia quem fuma-se 7 maços!.... Fumava muito para não dormir!" E10;</p> <p>".... Sou fumador.... Antigamente não se sabia que fazia mal, era moda e depois vicia..." E11</p>

		Doença respiratória anterior	<p>“ Todos tivemos, de pequenos, doenças respiratórias...tive de velinha na mão de pequena para morrer...Foram as doenças Infância” E1;</p> <p>“O meu pai faleceu com problema pulmão, no sanatório... Eu apanhei esta doença há 37 anos, por uma corrente de ar!...tive de ir pneumologista...Tive bronquite asmática” E3;</p> <p>“Foi o mau trato do corpo. Doenças respiratórias anteriores.” E4;</p> <p>“Foi a Bronquite crónica.” E5 “Um dia senti-me mal tive de ir ao HSJ, pensei que não ia aguentar. O meu pai e duas irmãs também tiveram problemas respiratórios.” E7;</p> <p>“Doenças Respiratórias desde a infância” E8;</p> <p>“Tive doenças respiratórias anteriores (Tive pneumonia).” E9</p> <p>“Já tive uma pneumonia forte antes. Tive 23 dias de cama. Depois disso fiquei sempre com sequelas.” E10;</p> <p>“Já tenho desde pequeno, problemas de saúde respiratórios...a minha mãe colocava-me pomada no peito. Tive bronquite de pequeno.</p> <p>Fiz cirurgia amígdalas e nariz há 30 anos...Tive gripe há muitos anos, que me fez deixar o cigarro”E12</p>
		Profissão de risco	<p>“Foram as cargas e descargas à chuva e ao sol...E5;</p> <p>“... fui bombeiro, apanhei muito fumo nos incêndios porque estava sempre na linha da frente e também trabalhei com granitos nas obras...” E6;</p> <p>“As alergias quando trabalhava como pintor de automóveis, os cheiros que eu respirei...era tão forte que até os pelos do nariz ficavam colados, desde aí nunca fiquei bem!” E7;</p> <p>“...o fumo do soldar, que eu era soldador.” E9;</p> <p>“Trabalhei muitos anos como pescador, andei ao frio e com agua fria, passava-se muito no mar. Tive 55 anos no mar!” E10;</p> <p>“Andei embarcado ao bacalhau, Andei por climas extremos...na pesca e nas estivas...nas cargas e descargas.”E12</p>
	Sintomas	Cansaço	<p>Sei que fico cansada ...” E1;</p> <p>“Muito cansado, ... e o peito parece que rasga, fico fraco” E3;</p> <p>“Cansaço fácil...” E6; E7;</p> <p>“Muito cansaço, faço qualquer coisa e canso-me.” E8;</p> <p>“Canso-me mais, fico sem folego facilmente.” E9;</p> <p>“Cansaço....”E12</p> <p>“É principalmente o cansaço se fizer esforços.”E13</p>

		Dispneia	<p>"... fico... abafada..."E1</p> <p>"Sinto falta de ar." E2;</p> <p>"...falta de ar..." E3</p> <p>"sinto-me abafado" E5;</p> <p>"Falta de ar que melhora com a bombinha." E10</p> <p>"... falta de ar. Por vezes até respiro fundo."E12.</p>
		Tosse	<p>"...começo agora a ter tosse ..." E2;</p> <p>"Tenho tosse ..." E4; E6; E8; E11.</p>
		Expetoração	<p>".... começo agora a ter...expetoração..." E2;</p> <p>"Tenhoexpetoração"E4; E6;E8;E11.</p>
		Pieira	<p>"...pieira e chiadeira de noite. Tenho cobertores com pêlo. tenho de mudar para um quentinho, mas sem pêlo" E6;</p> <p>"Tenho por vezes chiadeira." E9; E11; E12</p> <p>"Tenho chiadeira/pieira".E10</p>
		Rouquidão	"A minha voz não é normal. Tenho rouquidão..." E1
	Complicações		<p>"No natal passado comecei a dormir mal...Tive pneumonia e fui internado. Estamos mais suscetíveis devido a esta doença." E3;</p> <p>"Um dia senti-me tão mal que tive de ir para HSJ, pensei que não ia aguentar... Não é fácil perceber que temos de fazer medicação para toda a vida." E7;</p>
	Tratamento	Presente	<p>"Só sei que tenho a bombinha em SOS..." E1;</p> <p>"...Já fiz as vacinas: pneumo 23, prevenir 13 e gripe...Sou seguido num pneumologista" E2;</p> <p>"...Além da medicação não tenho mais conhecimento dos tratamentos." E3;</p> <p>"Faço bombinha noite." E4;</p> <p>"...só conheço a medicação!" E7; E8; E12;</p> <p>"Sei que há terapêutica para a doença, no entanto gostava de ter mais conhecimento sobre os diferentes tratamentos para esta doença."E13.</p>
		Ausente	<p>"Não sei. A enfermeira agora é que me vai dizer!" E6;</p> <p>"Não sei. Não faço medicação neste momento para a doença..." E9; E11</p> <p>"Não sei. Se o Sr. Doutor e você não me ensinarem eu não sei!" E10;</p> <p>"Não sei."E5</p>

	Exames complementares de diagnóstico		<p>“Já fiz alguns anos a espirometria, deu tudo bem, agora é que deu alterada.” E9;</p> <p>“Inicialmente tentei fazer o exame de bufar, não consegui. Só consegui... depois de fazer a medicação que eles me deram.” E1;</p> <p>“... fazia muitos exames e nunca me detetaram nada... só agora com a espirometria é que detetaram a minha doença.” E3;</p>
Atividades da Vida Diária	Caminhar		<p>“Faço caminhadas de 3 Km.” E2;</p> <p>“Uma altura deixei o carro longe e faltou-me o ar... quero caminhar e não posso” E4;</p> <p>“Canso-me mais, fico sem folego facilmente. Ando 3 km e tenho de me sentar...” E9; “</p> <p>“Custa-me caminhar, tenho de para um pouco para recuperar.” E11</p>
	Subir Escadas		<p>“Cansaço fácil, exemplo subir escadas” E6;</p> <p>“Muito cansaço, faço qualquer coisa e canso-me. Subo as escadas e canso-me.” E8</p> <p>“Custa-me subir escadas depressa...” E11.</p>
	Limpar a casa		<p>“Temos uma casa enorme, com muitos quartos para os filhos todos, 4 casas de banho, sala enorme, um sótão grande e uma cave etc. e não consigo limpar sozinha, tenho de pedir a uma senhora para me ajudar.” E7.</p>
Sentimentos face à Doença	Sufrimento		“Tenho medo de sofrer e da solidão” E2
	Surpresa		<p>“Eu não sabia desta doença, verdadeiramente. Foi uma surpresa ter uma doença crónica.” E3;</p> <p>“Incrédulo, não me apercebi logo que era uma doença dos pulmões crónica.” E5</p>
	Negação		Ninguém diz que eu tenho doença dos pulmões! Ando num pneumologista Alemanha... Ele diz que está tudo controlado.” E12
	Revolta		“...pensei porquê que me calhou a mim? Logo eu uma pessoa tão trabalhadora, tão amiga de todos! Fiquei desapontada e triste! Como é que eu vou resolver isto! Porque é uma doença para a vida...” E4
	Ansiedade		“Senti-me ansiosa...” E4

	Baixa autoestima		"Uma pessoa sente-se mal....Não é fácil saber que temos uma doença crónica! Senti-me inferiorizado."E7
	Preocupação		"Fiquei preocupada, apesar de já ser doente dos pulmões desde pequena..."E8 "Sinto-me perdido e desamparado. Toda a ajuda é bem vinda."E3
	Tristeza		"Fiquei triste, deprimida" E8; "Fiquei um pouco triste e apreensivo no início, mas depois passa..."E9"
	Resignação		"Não foi uma surpresa ter uma doença respiratória, porque...todos nós tivemos de pequenos. O meu Pai foi muitas vezes ao Hospital e o meu sogro...tinha garrafa grande de oxigénio.... Resignei-me." E1 "Estou mentalizado e sei que vou morrer um dia, por isso, ter uma doença crónica não é problema!" E2 "...estou mentalizado que esta doença é para estabilizar, nunca para melhorar!" E3; "Pensei que era mais uma doença! Já tinha a diabetes...é mais uma doença Crónica!" E9; "Não foi uma surpresa ter um problema respiratório, porque fumo há vários anos...Conformei-me. Eu aprendi a lidar com as doenças crónicas." E11; "Já me mentalizei que tenho de lidar com as doenças que me são diagnosticadas. Mesmo doente sempre trabalhei." E12
	Aceitação		"Pensei que era mais uma batalha na minha vida! Pensei que tinha de ser! Já passei por tanto que é mais uma luta! já tive lesão mama, já fiz várias cirurgias!..." E6; "Na hora fiquei um pouco incomodado...Penso muitas vezes que tenho de erguer sempre a cabeça e andar para a frente..." E10 "Eu sabia dos malefícios do tabaco, este é uma das muitas doenças que ele pode causar. Tive de aceitar e deixar de fumar." E13; "No íntimo sinto que tudo vai correr bem..." E2; "Não tenho medo! Deixei de beber e de fumar, agora só bebo água...O que tiver de fazer eu faço para melhorar.""E6
Conhe ciment os sobre Cuidad	Presente		"Só quando andava na clínica Reabilitação na Alemanha...esses profissionais ajudavam na recuperação coluna e também...nos brônquios. De 2 em 2 anos ia a essa clínica."E12

	Ausente		<p>“...Não sabia, mas se tem a especialidade podem ajudar-me, sim senhora...” E2;</p> <p>“Não tinha conhecimento” E1; E4; E5; E7; E11;</p> <p>“Não, não sabia” E3; E8;</p> <p>“Não. Estou agora a ter esse apoio!.... Na comunicação social não se fala muito. Fala-se na saúde, mas não nestes profissionais...é importante percebermos que há alguém que se preocupa connosco e nos ajuda.” (em relação aos enfermeiros de reabilitação) E6;</p> <p>“Não tenho conhecimento de nada sobre DPOC, nem conheço nenhum enfermeiro de reabilitação” E9;</p> <p>“Não, não sabia. Só me lembro de uma prima que andava sempre com a bomba atrás e andava sempre no hospital em tratamentos, agora raciocinando talvez andasse nesses enfermeiros de reabilitação.” E10;</p> <p>“Não sabia, mas é bom saber que temos profissionais para nos ajudar a lidar com a nossa doença...” E13;</p>
--	---------	--	---

Apêndice G

Matriz Final de dados Pós – Sessões

Quadro X – Áreas Temáticas, Categorias, Subcategorias e Unidades de Significância- Após das Sessões			
Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Significância
Conhecimento sobre a DPOC	Conceito da doença		<p>“É uma doença para a vida... é obstrutiva, os pulmões não respiram como deve ser.” E1;</p> <p>“É uma doença pulmonar, obstrutiva e é crônica...!...É uma doença que me tenho de pôr a pau com ela!” E2;</p> <p>“Eu sei o que tenho! ... é uma doença pulmonar...é crônica porque não passa...é obstrutiva, porque o ar não passa.... É uma doença em que temos de nos cuidar até morrer!...” E3</p> <p>“É uma doença respiratória...o ar não passa bem e é para a vida... há tratamento, mas não há cura.” E4;</p> <p>“É uma doença respiratória, em que há dificuldade do ar passar e é uma doença crônica.” E5;</p> <p>“É uma doença respiratória, dos pulmões, é obstrutiva... e é crônica porque é para toda a vida.” E6;</p> <p>“Eu sei que tenho uma doença respiratória, pulmonar, que tenho de me cuidar para sempre.” E7;</p> <p>“É uma doença pulmonar, crônica, com a qual tenho de lidar para o resto da vida...o ar não passa como devia.” E8;</p> <p>“É uma doença pulmonar crônica!...O ar não passa por isso é que nos cansamos tanto.” E9;</p> <p>“...é respiratória...é obstrutiva, temos muito ar dentro de nós e é crônica porque não tem cura, mas tem tratamento, é uma doença para a vida... Agora tenho consciência da doença que tenho e sei como tratar...” E10</p>
	Fatores de risco		<p>“Determinadas profissões, em que respiram poeiras ou em que se apanham resfriados” E2;</p> <p>“E as poluições, o ar que respiramos não é puro. A poluição atmosférica está a aumentar.” E2</p> <p>“ A poluição atmosférica e os incêndios também contribuem.”E8</p> <p>“...algumas profissões em que as pessoas lidam com fumos ou poeiras. Tenho um amigo que estragou os pulmões com o pó do ferro da fabrica onde trabalhava e os bombeiros são outro exemplo.” E9</p>
	Espirometria	Procedimento	<p>“tenho de soprar para um tubo para ver como estão os meus pulmões... E1;</p> <p>“Tenho de soprar para um tubo para ver a nossa capacidade respiratória ...” E3</p> <p>“É exame em que tenho de bufar ... fiz recentemente...” E6</p>
		Diagnóstico	<p>“Sei que é um exame que tenho de fazer sempre para saber como está a minha doença...E1</p> <p>“ ... é um exame importante para o diagnóstico.” E1; E2; E3</p> <p>“... foi através deste exame que soube que tinha a doença” E4;</p> <p>“... é o exame ... que me deu o diagnóstico da doença...” E5</p> <p>“... detetou o enfisema ...” E6</p> <p>“ ... foi exame que confirmou a minha doença.” E7;</p> <p>“... foi depois de realizar este exame que o médico confirmou que tinha DPOC.” E8</p> <p>“É exame importante para o diagnóstico da doença ...” E10</p>

		Controlo	<p>"... É importante para ver a fase da doença, como é que ela está." E4</p> <p>"... diz se a doença está ou não a piorar." E5; "</p> <p>"... diz como está a doença." E6</p> <p>"...diz como está a minha doença..." E7;</p> <p>"É exame importante para saber qual a fase em que me encontro ..." E10</p>
	Evolução da doença		<p>"...É um exame muito importante, para ver como está a minha doença ..." E8; E9;É uma doença grave porque é para a Vida ..." E1;</p> <p>"Tenho consciência que é uma doença grave, sei que é para a vida que se pode morrer disso!..." E2</p> <p>"É uma doença para a vida, não tem cura, eu tenho consciência...por isso é uma doença grave, tenho de me cuidar sempre, principalmente no inverno..." E3</p> <p>"... não tem cura e pode piorar se não me cuidar." E4</p> <p>"... Esta doença... não tem cura..." E5;</p> <p>"... Esta doença tem várias etapas, evolui..." E5;</p> <p>"... é uma doença que...é para a vida toda..." E6;</p> <p>"Sei que é uma doença grave porque é uma doença crónica ..." E8; E9;</p> <p>"Sei que é uma doença grave... que vai evoluindo progressivamente...tive de me reformar para ter mais qualidade de vida..." E8;</p> <p>"é uma doença grave ... que me assusta por poder piorar com o passar dos anos..." E9;</p> <p>"A DPOC é uma doença que me preocupa porque é crónica ... dia após dia se não me cuidar posso piorar e depender de oxigénio e ...ajuda de terceiros..." E10</p>
	Medidas Preventivas		<p>"Ninguém deve fumar, porque o fumo prejudica os pulmões, muito menos quem tem esta doença." E1;</p> <p>"Em principio ninguém deve fumar! Mas na DPOC pior, porque os pulmões já estão afetados, se nós lhe vamos dar tabaco, vamos intoxicar mais." E2</p> <p>"Já se sabe que ninguém deve fumar!...tenho de deixar de fumar... é a minha perdição!...se estiver a jogar no café fumo mais, em vez de um maço fumo 2 ou 3. Para mim é muito difícil de deixar de fumar!" E3</p> <p>"Quem tem DPOC não deve fumar sem dúvida!...nós temos falta de ar, fumar...ainda faz mais mal!..." E4</p> <p>"Tenho dois colegas que já avisei para deixarem de fumar...faz mal a toda a gente...muito mais a quem tem uma doença respiratória como a DPOC...deixei quando a minha médica me avisou do perigo de fumar tendo uma doença respiratória." E5</p> <p>" Mesmo quem não tem a doença não deve fumar! Quem tem a doença tem mesmo de deixar! Eu já fumei...deixei há 30 anos." E6;</p> <p>"Ninguém deve fumar, muito menos quem tem esta doença, porque vai piorar a doença, vai respirar pior." E7</p> <p>"...ninguém deve fumar, muito menos quem tem uma doença respiratória...casei... ou deixava o cigarro ou a esposa deixava-me... foi o melhor que fiz na vida! Hoje sei o tabaco só faz mal." E8;</p>

			<p>“...agora incomoda-me estar num local de fumadores, evito locais de fumo.” E9;</p> <p>“ninguém deve fumar, muito menos quem tem esta doença...fumar prejudica gravemente a saúde e todos os órgãos...incluindo os pulmões e os meus já estão afetados, porque tem uma menor capacidade respiratória.”E10.</p>
Perceção sobre incidência da doença	Fatores determinantes		<p>“Eu gostava que não aumentasse, não gostava de ver os meus filhos e netos com a doença. Mas sei que vai aumentar, porque as pessoas fumam... e a poluição está a aumentar ...”E1</p> <p>“Acho que sim. Pessoas fumam... O tempo, a poluição ... A poluição também está a aumentar e cada vez mais...” E2;</p> <p>“Sim, esta malta de 20 anos fumam todos e alguns com 13, 14 e 5 anos já fumam. O meu neto fumava ... o dobro de mim! ... Expliquei-lhe que tinha de deixar o tabaco porque vai fazer 18 anos e isto dá duas coisas, dá cabo da saúde e da carteira! Por isso é que andas cheio de tosse! ...agora deixou... Penso que percebeu que o tabaco faz mal.” E3;</p> <p>“... sim, talvez vá aumentar...muita gente fuma, principalmente os jovens ... ou pescadores no frio do mar e que normalmente fumam muito... e há muita poluição... há profissões de risco, que levam a esta doença, exemplo de pessoas que trabalham com poeiras ou em locais fumos...” E4;</p> <p>“Com pessoas a fumarem cada vez mais ... esta doença nunca vai deixar de existir e vai aumentar... e com a poluição sempre a aumentar ...” E5;</p> <p>“... Devido... ao tabagismo, cada vez mais pessoas fumam, acho que são mais mulheres e ... há poluição ... As profissões. Eu por exemplo fui bombeiro e trabalhava na construção.” E6;</p> <p>“Acho, que sim.... E o tabaco, as pessoas fumam cada vez mais, e as mulheres também fumam mais e mais jovens... de classes mais baixas...ganham os vícios e depois não param e fumam muito... pela poluição que existe e que está a aumentar, que a doença vai aumentar...” E7;</p> <p>“Infelizmente as doenças respiratórias estão a aumentar, segundo as notícias. A DPOC também está a aumentar e vai aumentar mais porque ... as pessoas fumam, principalmente os jovens.... a cada ano que passa, o ar que respiramos está cada vez mais contaminado...” E8;</p> <p>“Este aumento acontece principalmente ... devido ao fato de cada vez mais pessoas fumarem e as que fumam não deixam de fumar facilmente, é um vício que não é fácil deixar ... e devido ao aumento da poluição...” E9;</p> <p>“Gosto de estar informada e sei que esta doença tem aumentado e vai aumentar nos próximos anos porque os fatores de risco também têm aumentado. O tabagismo, os incêndios, a poluição atmosférica...as profissões de risco...” E10.</p>

	Diagnóstico precoce		<p>“...eu sei que é importante saber cedo das doenças, para as tratarmos...” E2;</p> <p>“Eu soube desde cedo, que tinha problemas respiratórios, tenho desde novo bronquite.” E3</p> <p>“Sim...para tratar melhor e mais cedo... quanto mais cedo souber melhor, para não evoluir...! E4</p> <p>“Sim... porque quanto mais cedo souber da doença, mais cedo trato.” E5; E6;</p> <p>“...e assim não deixo evoluir...” E6</p> <p>“... sabendo como tratar e prevenir complicações, quanto mais cedo melhor.” E8;</p> <p>“Sim, sem dúvida, quanto mais cedo souber mais cedo trato e evito que a doença evolua.” E9;</p> <p>“Sim...quanto mais cedo...mais cedo se trata e à partida estará num estadio mais precoce. Agora que tenho consciência da doença que tenho e sei como tratar, melhor me cuido, para evitar complicações “E10.</p>
Reconhecimento da sua Situação	Fatores de risco	Tabagismo	<p>“É o tabagismo, eu fumei durante muitos anos” E2;</p> <p>“São as pessoas que fumam. Nós a classe piscatória somos obrigados a fumar!90% de nós fuma, para nos aguentarmos no mar!...” E3</p> <p>“São vários. O Tabaco é um deles...fumei durante 27 anos em Africa...” E4</p> <p>“É o tabaco, que eu deixei a 24 janeiro...Agora já nem suporto o cheiro.” E5</p> <p>“Fumar é o principal fator de risco.” E6</p> <p>“No caso do meu marido foi o tabaco...” E7;</p> <p>“É o tabaco, fumei alguns anos, em solteiro, mas deixei ...quando casei já não fumava...” E8</p> <p>“Sim, o principal é o tabaco! “E9;</p> <p>“São vários os fatores de risco, mas o principal é o tabaco. Fumei durante vários anos e tive de deixar de fumar... se queria viver com mais qualidade de vida ...” E10.</p>
		Doença respiratória anterior	<p>“Eu sei quais são! No meu caso são as doenças que ganhamos na infância e depois ficam para a vida. Apanhei os resfriados de pequena, a água entrava no meu corpo em Matosinhos...” E1;</p> <p>“Doenças respiratórias de infância, no meu caso herdei da minha avó materna a bronquite crónica...cheguei a andar muitos anos no dispensário, em pequena, tomava muitas injeções e comprimidos e xaropes lá” E7;</p> <p>“Também tenho como antecedentes problemas respiratórios de infância.” E10</p>
		Profissão de risco	<p>“Nós a classe piscatória...o frio que apanhamos, as molhadelas ...e que secam no corpo... Nós começamos de pequenos a trabalhar descalços, somos profissão risco.” E3</p> <p>“Também as profissões, no meu caso era soldador, isto também contribui para esta doença respiratória.” E4</p> <p>“E outro fator são as poeiras e os produtos tóxicos. Ontem eu dormi mal, abafado, porque andei a cortar tijolo vermelho, uso máscara, mas mesmo assim passa sempre alguma coisa. “E6</p> <p>“As profissões de risco, eu fui bombeiro, os fumos dos incêndios também ...podem levar a estas doenças.” E6</p> <p>“... e a profissão que tinha de pintar os carros, trabalhava com tintas e vernizes.” E7;</p> <p>“E as profissões de risco, eu trabalhei muitos anos como mecânico, com tintas dos automóveis e os vernizes...houve uma altura que estive para morrer devido a respirar os produtos para pintar os carros.” E8</p>

	Estadio da doença		<p>“sei que não estou na ultima fase...devo estar no estadio 2.” E1;</p> <p>“...estou na fase dois.” E2; E3; E4; E5; E6; E7</p> <p>“... neste momento sei que estou nas fases iniciais. São 4 fases, penso que me mantenho fase 2 ...” E4;</p> <p>“... Estou numa fase estável...da doença” E6;</p> <p>“... estou no estadio 2” E8; E9; E10.</p>
	Sintomas	Cansaço	<p>“É o cansaço...” E1; E8;</p> <p>“Por vezes tenho cansaço...!” E3;</p> <p>“Canso-me mais facilmente” E5</p> <p>“Sei que pode dar cansaço..., mas tenho-me sentido bem.” E6;</p> <p>“Sinto cansaço...” E4; E7;</p> <p>“O cansaço é o que mais me incomoda, principalmente quando subo escadas ou quando faço caminhadas longas.” E9;</p> <p>“Sei. Eu pessoalmente tenho cansaço a esforços.” E10</p>
		Dispneia	<p>“Mais frequente é a falta de ar.” E2;</p> <p>“...fico abafado!” E3;</p> <p>“Sinto falta de ar ...” E4; E7; E8;</p> <p>“É principalmente a falta de ar, mas eu pessoalmente não tenho tido...” E6</p> <p>“Sei que com o passar dos anos posso ficar com falta de ar.” E9;</p> <p>“Mas a falta de ar ... são possíveis sintomas.” E10.</p>
		Tosse	<p>“E a tosse por vezes também tenho ...” E3;</p> <p>“...pode dar tosse..., mas tenho-me sentido bem” E6;</p> <p>“Tenho tosse.” E7; E9;</p> <p>“... e a tosse são possíveis sintomas.” E10.</p>
		Expetoração	<p>“...a expetoração...” E1;</p> <p>“Tenho um bocado de expetoração, que tenho de deitar fora” E4;</p> <p>“Também tenho... expetoração...” E9</p>
		Pieira	<p>“...e por vezes chiadeira.” E9</p>

	Limitação nas AVD		<p>“É uma doença que não me deixa andar muito a pé, canso-me muito... da minha casa ao cemitério tenho de parar várias vezes...” E1;</p> <p>“...é doença grave, porque tenho falta de ar... tenho para 5 minutos e depois volto a andar...” E4;</p> <p>“É uma doença grave, porque ... não respiramos como dantes...” E5</p> <p>“Sim, porque é uma doença que nos limita...” E6;</p> <p>“...só de fazer a cama já sinto falta de ar; tenho de descansar no fim de arrumar seja a cama ou a cozinha. E uso... a bombinha para me ajudar a aguentar as tarefas.” E7;</p> <p>“Eu sei que a minha doença é grave, porque sofro muito, tenho falta de ar... tusso... deixei de ir igreja, porque estava lá e me dava crises de tosse... é querer fazer as tarefas do dia a dia e não conseguir... sinto-me menos bem...tenho um problema na traqueia...” E7;</p> <p>“... causa falta de ar, o que ... me limita nas minhas atividades. E9</p>
--	-------------------	--	--

Gestão da Doença	Medidas Gerais	<p>“Eu cuido-me, agasalho-me, faço as vacinas, o exame e a medicação e alimentação adequada.” E1;</p> <p>“Controlo com medicamentos e também tenho de me resguardar, sei que não preciso fazer tudo no mesmo dia, para não me cansar tanto...devo dividir as tarefas e sei que devo fazer exercícios respiratórios ... Comer saudável” E2;</p> <p>“Tenho de me cuidar, não apanhar frio, faço as vacinas, os exames e a medicação...” E3</p> <p>“Tenho de seguir os conselhos dos médicos e enfermeiros que se seguem. Faço a medicação, os exames e as vacinas. Eu cuido-me.... Evito estar ao pé dos fumadores e evitar ambientes poluídos. Se me sinto cansado paro um pouco e respiro fundo...” E4;</p> <p>“Eu cuido-me, faço a medicação, as vacinas e agasalho-me... não me deixo ir abaixo, saio sempre de casa para as minhas caminhadas e sigo os conselhos que o médico e as enfermeiras me dão.” E5;</p> <p>“Evito tomar banho de água muito quente, o vapor quente dificulta-me a respiração ...” E5</p> <p>“Faço tudo o que o meu médico e a enfermeira me dizem.... faço exercícios, como pouco, não fumo, não bebo, faço as vacinas e protejo-me do frio e das poeiras” E6;</p> <p>“Sei, eu cuido-me, faço tudo para não ter complicações... Não posso querer fazer, como fazia “tudo num dia!...agora já sei que tenho de fazer as tarefas devagar, por etapas e não tenho de fazer tudo no mesmo dia e parar para respirar fundo na realização das tarefas...” E7;</p> <p>“Cuidando-me, seguindo as indicações dos médicos e dos enfermeiros que cuidam de mim. ...sou vigiado...sigo as indicações que a enfermeira nos deu nas sessões, que também foram importantes. ...já não fumo nem bebo bebidas alcoólicas... e claro faço exercícios respiratórios “E8;</p> <p>“Tomei consciência que podia cuidar de mim, para a minha doença respiratória não evoluir. Deixei de fumar, paro e respiro quando faço esforços... sigo as recomendações dos meus médicos e enfermeiros” E9;</p> <p>“...compreendi que posso ser mais ativa na prevenção de complicações, através da auto-gestão da minha doença. Já percebi que não posso querer fazer tudo de uma vez nem no mesmo dia. Tenho de trabalhar, sou professora, mas tenho consciência que não posso andar ao ritmo super acelerado, que andava antigamente e fumava... Agora faço o meu dia a dia, mas mais calma, se não fizer hoje tudo faço amanhã. Para relaxar vou piscina e convivo um pouco com as minhas amigas. Agora cuido-me mais, sigo os conselhos dos profissionais de saúde que me vigiam...” E10.</p> <p>“É fundamental cuidar de mim, para não ter complicações e viver muitos anos com qualidade de vida. Agora compreendo que está nas minhas mãos evitar essas complicações com pequenos gestos.”E10</p>
------------------	----------------	--

	Medidas Terapêuticas	Evicção dos fatores de Risco	<p>“É importante não apanhar frio.” E1;</p> <p>“Ninguém deve fumar, porque o fumo prejudica os pulmões, muito menos quem tem esta doença.” E1;</p> <p>“Em principio ninguém deve fumar! Mas na DPOC pior, porque os pulmões já estão afetados, se nós lhe vamos dar tabaco, vamos intoxicar mais.” E2</p> <p>“... evitar apanhar o frio ... agasalhar-me bem... evitar apanhar a poluição ...” E2;</p> <p>“Já se sabe que ninguém deve fumar!...tenho de deixar de fumar... é a minha perdição!...se estiver a jogar no café fumo mais, em vez de um maço fumo 2 ou 3. Para mim é muito difícil de deixar de fumar!” E3</p> <p>“Devo evitar apanhar frio...” E3;</p> <p>“Quem tem DPOC não deve fumar sem dúvida!...nós temos falta de ar, fumar...ainda faz mais mal!...” E4</p> <p>“Também me agasalho e não apanho frio.” E4;</p> <p>“Tenho dois colegas que já avisei para deixarem de fumar...faz mal a toda a gente...muito mais a quem tem uma doença respiratória como a DPOC...” E5</p> <p>“... fujo das caminhadas ao pé dos carros, respirar aquele ar poluído dos tubos de escape, aquilo é que é uma verdadeira poluição. Só caminho ao pé da praia ou no parque da cidade, longe da poluição...” E5;</p> <p>“... Agasalho-me sempre muito bem no inverno, nos dias frios... não saio nos dias de nevoeiro...” E5;</p> <p>“Mesmo quem não tem a doença não deve fumar! Quem tem a doença tem mesmo de deixar! Eu já fumei...deixei há 30 anos.” E6;</p> <p>“Temos de evitar frios ... além de me agasalhar também uso roupa larga e confortável, é leve e quente ao mesmo tempo e não me aperta o peito, tudo ajuda.Temos de evitar... nevoeiros ...” E6;</p> <p>“Ninguém deve fumar, muito menos quem tem esta doença, porque vai piorar a doença, vai respirar pior.” E7;</p> <p>“Agasalho-me sempre muito bem, porque até em casa tenho frio...Evito sair nos dias de nevoeiro” E7;</p> <p>“Também fujo de tudo o que são cheiros fortes, como vernizes, tintas ou gasoleiras e de fumos ou poeiras.” E7;</p> <p>“ninguém deve fumar, muito menos quem tem uma doença respiratória...casei... ou deixava o cigarro ou a esposa deixava-me... foi o melhor que fiz na vida! Hoje sei o tabaco só faz mal.” E8;</p> <p>“Evito... nevoeiros...” E8;</p> <p>“Hoje estou reformado e já não trabalho com tintas, nem vernizes e já não fumo há muitos anos...evito tudo o que me possa causar alergias ou os fumos...” E8;</p> <p>“Agasalho-me...” E8; E9;</p> <p>“O mais importante, eu já fiz, que foi deixar de fumar!...Evito mesmo frequentar locais de fumo... evito caminhar por locais poluídos, ando no parque da cidade ...” E9;</p> <p>“Nos dias de nevoeiro, resguardo-me.” E9;</p>
--	----------------------	------------------------------	--

			<p>“ Para evitar complicações ... deve em 1º lugar deixar de fumar. Evito também locais com fumo ou produto tóxicos, apesar de ter amigas chegadas que fumam, já lhes disse para deixarem...fumar prejudica gravemente a saúde e todos os órgãos...incluindo os pulmões e os meus já estão afetados, porque tem uma menor capacidade respiratória.”E10.</p> <p>“Dias de muito frio... evito sair e agasalho-me. Dias de muito...nevoeiro evito sair de casa...” E10</p>
		Cumprimento da terapêutica	<p>“É importante...fazer as vacinas da gripe todos os anos e já fiz as das pneumonias...” E1;</p> <p>“Fazer a vacina da gripe todos os anos.” E2;</p> <p>“... fazer vacinas todos os anos.” E3;</p> <p>“Faço as vacinas, todos os anos faço a vacina da gripe, mas falta-me uma vacina, que a Sr.ª enf.ª me falou, a das pneumonias, escreva-me o nome (prevenar 13) para eu lembrar ao médico.” E4;</p> <p>“Tomo sempre a vacina da gripe todos os anos e já fiz as vacinas das pneumonias (Pn23 E Prevenar 13).” E5;</p> <p>E6;</p> <p>“Faço as vacinas ... fiz duas o ano passado com a enfermeira (prevenar 13 e gripe) e todos os anos já sei que tenho de fazer a da gripe.” E7;</p> <p>“...faço as vacinas... todos os anos faço vacina gripe e já fiz a vacina das pneumonias...” E8;</p> <p>“.... Faço as vacinas recomendadas, como a da gripe todos os anos e já fiz as das pneumonias.” E9; E10.</p> <p>“Faço também a medicação.” E1; E2; E3; E4; E6; E8;</p> <p>“faço os inaladores e toda a medicação, que o médico receita.” E5;</p> <p>“...Uso sempre a bombinha e faço os medicamentos que... me receitam” E7;</p> <p>“...faço as bombinhas em SOS...” E8;</p> <p>“Cumpro a medicação...” E9;E10.</p>

		Alimentação	<p>“É comer um bocadinho de tudo, mas saudável. Comer um prato um prato colorido. Como sopa...couve flor e tomate. Bebo agua e chá.” E1;</p> <p>“Temos de comer um pouco de tudo, mas saudável equilibrada...É importante beber agua também”; Há! E as bebidas alcoólicas em excesso também são prejudiciais.” E2;</p> <p>“A roda dos alimentos, eu tento seguir, porque como equilibrado. ...pouco sal, pouca pimenta e pouca quantidade...mais grelhados e a sopa. Bebo um copo de vinho. Sei que devo ter alimentação saudável.” E3;</p> <p>“A roda dos alimentos diz-nos o que devemos ou não comer, por isso eu tento seguir esta hora, para comer saudável e de forma equilibrada. É... fundamental seguir as orientações da roda. Bebo bastante agua...como fruta, peixe e carnes mais magras, mais cozidos e grelhados ou comida com pouca gordura. “; “Como peixe assado, sem gorduras...deixei beber vinho...agora bebo água.” E4;</p> <p>“Ela diz-nos o que devemos comer, devemos comer saudável. Eu tenho a roda ... para me lembrar do que comer; devo ter uma dieta saudável...para ter mais saúde no geral; ... corto sal e como mais grelhados, poucos refogados e quando faço é com pouca gordura” E5;</p> <p>“A roda dos alimentos diz-nos o que devemos comer para termos uma alimentação saudável...deixei de beber álcool e cortei sal. Como bem e regrado.” E6;</p> <p>“Esta roda ensina-nos a comer saudável e diz-nos as porções que devemos comer. E tem a agua no centro, que eu bebo bastante. Nesta doença e noutras temos de ter uma alimentação saudável... cortar sal, comer mais grelhados.” E7;</p> <p>“A roda dos alimentos é importante porque diz-nos os alimentos que devemos comer e em que quantidade. E claro tem agua no centro de tudo, que é a bebida que devemos beber diariamente, para nos hidratarmos e ela não tem açúcar, é pura... faço por ter uma alimentação saudável...como várias vezes ao dia, mais base de grelhados, a gordura que mais uso é o azeite, também corto ao sal...” E8;</p> <p>“... é uma roda como o próprio nome diz onde estão os alimentos que devemos consumir e quais as quantidades. Eu habitualmente como alimentação saudável, à base de grelhados, ou estufados, mas com pouca gordura, muitos legumes e fruta e uso...o azeite. No centro da roda está a água que é a bebida que eu consumo, bebo cerca de 1,5 l por dia.” E9;</p> <p>“A roda dos alimentos é uma representação gráfica que nos indica o que devemos comer para termos uma alimentação saudável e equilibrada.... E muito importante é o fato de agua estar bem no centro, porque ela é fonte de vida, eu bebo 1,5 l ...por dia...devemos cozinhar...mais à base de grelhados, cozidos a vapor e se refogarmos a comida sempre com pouca gordura e claro com pouco sal, temperar com ervas aromáticas...azeite e uso muito limão...” E10.</p>
--	--	-------------	---

	Monitorização da doença	Exames complementares de diagnóstico	<p>“Todos os anos faço exames.” E1; E3</p> <p>“...Faço todos os exames e análises” E2;</p> <p>“Faço exames necessários.” E4; E5;</p> <p>“... Faço regularmente exames, um deles é a espirometria...” E7;</p> <p>“... faço todos os exames...” E8; E9;</p> <p>“Faço os exames e análises regularmente...” E10.</p>
		Consultas de vigilância	<p>“Eu recorro sempre aos serviços de saúde, cá (USF)... “E1;</p> <p>“Sou seguido cá na USF” E3; E4; E10</p> <p>“Sei que tenho profissionais com quem posso contar... a minha médica família..., a enfermeira de família e a Sr.ª enfermeira que é especialista...” E5;</p> <p>“Eu recorro ... mas é bom saber e eu sei que tenho outros serviços aos quais posso recorrer.” E6;</p> <p>“vou consultas todas...Eu sei a quem recorrer se precisar. Tenho cá a minha Unidade de Saúde ... sei que tenho números a quem posso recorrer e ligar...” E7;</p> <p>“...enfermeiros e médicos cuidam de mim (USF) ...” E8;</p> <p>“Venho frequentemente minha USF...” E9;</p> <p>“Sou seguido na Pneumologista...Particular” E1; E2; E5; E6; E10;</p> <p>“Recorro ... Pneumologista... hospital” E4; E9;</p> <p>“... Agora vou ser seguida pneumologista HSJ” E7;</p> <p>“... e médicos cuidam de mim (Pneumologista Hospital) ... “E8;</p>

		Controlo do IMC	<p>“Devo ter alimentação saudável, para não ser nem muito magrinha nem muito gorda.” E1;</p> <p>“Não devo engordar muito, por isso faço por ter uma alimentação saudável e equilibrada.” E2;</p> <p>“... nesta doença também não convém ter muito peso; já emagreci 7 kg.” E3;</p> <p>“... Na DPOC não devo ser muito magro, mas também não posso engordar muito, se não respiro pior e canso-me mais. Sei que devo ter uma alimentação saudável e equilibrada, para não engordar muito.”; “Se tiver um peso adequado canso-me menos e respiro melhor.” E4;</p> <p>“... eu sei que se engordar muito, respiro pior.” E5;</p> <p>“Sei que não devo engordar muito, melhorei muito a respiração desde que emagreci, já não me canso como dantes.” E6;</p> <p>“Nesta doença não devemos engordar muito, porque se não cansamo-nos mais. Devemos ter um peso normal.” E7;</p> <p>“Eu sei que... não devo engordar muito. Tenho consciência que devo emagrecer mais, porque nesta doença para respirarmos melhor não podemos engordar muito, nem devemos...ser esqueletos.” E8;</p> <p>“Nesta doença não devemos engordar muito, porque se engordamos muito cansamo-nos mais. Eu evito engordar e faço por ter uma alimentação saudável, comendo várias vezes dia e evito fritos e doces.” E9;</p>
	Informação sobre a doença		<p>“E não menos importante, procuro informar-me sobre a minha doença pesquisando em revistas científicas, assistindo a programas sobre saúde na TV e por esse mesmo motivo decidi aceitar e frequentar as sessões de educação... que são um modo de literacia, onde também aprendi muitas coisas, aumentando o meu conhecimento sobre a doença, dando-me dicas importantes para ter mais saúde.” E10;</p> <p>“A DPOC é uma doença que me foi diagnosticada recentemente e desde o diagnóstico que me tenho informado sobre... doença...” E10;</p> <p>“A DPOC é uma doença que me foi diagnosticada recentemente e desde o diagnóstico que me tenho informado sobre... doença...” E10;</p>

	Prática de exercício	Caminhar	<p>“faço caminhadas parando várias vezes.” E1;</p> <p>“Faço caminhadas... Vou frequentemente da Praia de Quião até Santo André e vou passear os cães.” E2;</p> <p>“Antigamente fazia grandes caminhadas, agora ando 6 km e já é bom... se me cansar paro e depois retomo. Tenho consciência da importância do exercício físico” E4;</p> <p>“É muito importante não estarmos parados. Faço caminhadas todos os dias de tarde! Cerca de 1h dia...porque sei que não devo engordar nesta doença e o exercício faz bem.” E5;</p> <p>“Faço caminhadas e a lida da casa, tenho muito para arrumar. Tenho a noção que é importante fazermos exercício físico para termos mais saúde. E respirarmos melhor.” E7;</p> <p>“Faço caminhadas. É importante mantermo-nos ativos, o exercício ajuda a aumentar a capacidade e resistência a esforços. Quem pratica exercício físico não engorda tanto e respira melhor.” E8;</p> <p>“É muito importante o exercício físico para ter, mas saúde...faz bem corpo e à mente...melho a minha hipertensão e a minha respiração. Faço caminhadas...se me canso paro e depois respiro fundo e retomo a caminhada.” E9;</p> <p>“A Pratica de exercício físico é fundamental para a saúde e bem-estar das pessoas. A DPOC sendo uma doença respiratória é muito importante mantermo-nos ativos, porque o sedentarismo prejudica-nos.... Atualmente faço regularmente caminhadas.” E10.</p>
		Bicicleta	“... e ando de bicicleta...” E2
		Natação	<p>“Pratico muita natação e jacúzi, deixei a sauna e o banho turco, porque me fazia mal... a saúde é mais importante que tudo o resto.” E6;</p> <p>“... faço natação ...” E3;</p>
		Hidroginástica	“... faço ... hidroginástica.” E10
		Ginástica	“Atualmente faço ginástica ...Tenho equipamento em casa para fazer...Até 13 anos, antes de ir para o mar, fazia atletismo, 15 km dia, depois parei.” E3;

	Controlo stress e ansiedade		<p>“Eu sei que estar calma ajuda muito...vejo programas de TV e eles também ensinam que não devemos estar com stress. Sei que devo respirar fundo para me acalmar quando é necessário.” E1;</p> <p>“ Nós não podemos stressar, se não começamos a nos atrapalhar, acelera o coração, deixamos de respirar bem. É fundamental estarmos relaxados na DPOC.” E2;</p> <p>“Sim, se estiver mais calmo é melhor para a minha saúde. Se tiver relaxado sinto-me melhor...” E3;</p> <p>“Sim, se tiver ansioso ou stressado, custa-me mais a respirar, tenho de me acalmar e respirar fundo. O stress e a ansiedade só me prejudicam... Tenho de...relaxar. Respiro fundo. Deito o ar fora pela boca, faço caminhadas ... tomo duche, faço exercícios respiratórios, faço tudo para me acalmar.” E4;</p> <p>“Sei que não devemos nos enervar, porque nos desgastamos e dificulta a respiração. Muitas vezes dou por mim a respirar como aprendi, encher o ar calmamente pelo nariz e deitar fora pela boca calmamente, para me acalmar.” E5;</p> <p>“ ... é muito importante sem dúvida não me enervar e não ter stress, para ter mais saúde e respirar melhor. Quando estou ansioso faço aquelas técnicas de respirar fundo e melhora...” E6;</p> <p>““É muito importante estar calma e não me enervar, stressar na DPOC. Se estiver calmo respiro melhor.” E7;</p> <p>“Se estiver calmo e sentir-me bem respiro melhor. Se me enervar fico pior, o coração acelera e a respiração também se altera. Hoje em dia faço tudo para me manter calmo e fujo de lugares e pessoas que me podem causar stress.” E8;</p> <p>“É importante estar calmo e tranquilo para estar bem e sentir-me bem. Se me enervar ou ficar ansioso sinto-me mal e pior. Para me acalmar respiro fundo, tomo duche relaxante, vou passear beira mar, hoje em dia ... sei que tenho influência na minha saúde.” E9;</p> <p>““É muito importante manter-me calma e evitar estar em stress ou com ansiedade...abrandei um pouco o ritmo, porque tenho consciência que para ter mais saúde e mais qualidade de vida. Tenho consciência se estiver calma respiro melhor, por vezes uso a técnica de respirar fundo, como aprendi nas sessões para me calmar e acabo por ficar melhor. A vida são dois dias, por isso evito o stress.” E10.</p>
--	-----------------------------	--	--

	Hábitos de sono		<p>“... Durmo uma média de 6h noite e fico bem...Uso um aparelho para dormir porque tenho apneia de sono, mas já me habituei “E1;</p> <p>“Dormir tem fases, devido doença que tenho... Uso um aparelho para dormir, não tem a ver com a DPOC, eu ressonava e o médico mandou-me fazer exame... tenho apneia do sono!...Tento ir para a cama relaxado, sei que é importante dormir bem para ter mais saúde. E2;</p> <p>“...eu ressono muito. Eu nunca durmo a noite toda, acordo 6 a 7 vezes noite ... Isto tem a ver com o tempo do mar...estávamos sempre em alerta ... é um problema antigo, qualquer barrulho, até uma porta estou alerta...aprendi a lidar com este problema...” E3;</p> <p>Durmo bem, apesar de acordar algumas vezes de noite, mas durmo 7h a 8 h por noite...tranquilo... acordo algumas vezes e ... volto a dormir.” E4;</p> <p>“Durmo 8 h, mas por vezes acordo durante a noite, mas para já durmo bem.” E5;</p> <p>“Durmo 8 h, mas tenho um ritmo. Acordo é várias vezes de noite para ir casa de banho... mas volto a dormir ... Sei que devo dormir para ter mais saúde.” E6;</p> <p>“Durmo mal, durmo cerca de 4 h por noite ... o 1º sono eu durmo bem, o problema é o resto da noite, acordando depois custa-me voltar a dormir.” E7;</p> <p>“Durmo poucas horas, mas seguidas...6h por noite chega-me! Se estiver doente com tosse é que durmo mal. É muito importante dormir bem para estar bem.” E8;</p> <p>“Só não durmo bem quando tenho tosse... Durmo média de 6 a 7 h noite e penso que seja suficiente. Se dormir bem, o dia corre melhor, sinto-me melhor e isso é bom para minha saúde.” E9;</p> <p>“Eu estou habituada a dormir poucas horas... 5h de sono por dia ..., mas durmo bem. A exceção é quando fico doente...” E10.</p>
--	-----------------	--	---

Conhecimento sobre Recursos da Comunidade	Serviços de Saúde	<p>“Eu recorro sempre aos serviços de saúde. Cá e na pneumologista...” E1;</p> <p>“... tenho de ver os documentos que me deu, sei que tem lá tudo.” E2;</p> <p>Eu sei que você me deu umas folhas com essas informações, mas não sei de côr, mas vou consultar.” E3;</p> <p>“Tenho de ver em casa as folhas, que a enfermeira nos deu, para já recorro cá e ao hospital.” E4</p> <p>“Eu sei... Tenho a minha médica família, a pneumologista, a enfermeira de família e a Sr.^a enfermeira, que é especialista...”</p> <p>“Sei que existem. Eu recorro mais cá e pneumologista, mas é bom saber... que temos outros serviços aos quais recorrer.” E6</p> <p>“Eu sei a quem recorrer se precisar... para me ajudarem na minha saúde...” E7;</p> <p>“Sei que posso recorrer a varias instituições e profissionais...Estão nas folhas que nos deu ...”E8;</p> <p>“Eu recorro aos serviços de saúde...A enfermeira também me ajudou, facultando contatos de vários serviços importantes para me ajudarem na minha doença.” E9;</p> <p>“Eu já conhecia alguns recursos, mas na formação que a enfermeira deu fiquei a conhecer outros. Recorro ao SNS, quer médico e enfermeiro de família ... sei que posso contar com os enfermeiros especialistas reabilitação e existem vários serviços e sites relacionados com a minha doença em quem posso confiar e vários contatos a quem posso ligar nas 24 horas.” E10.</p>
	Associações	<p>“Sim, tenho guardado tudo o que a enfermeira me deu, e tem lá o nome dessa associação.” E1;</p> <p>“Sim, sei, está nas folhas que me deu o nome dessa associação.” E3; E4; E5;</p> <p>“Sei que há, mas nunca lá fui!...” E6;</p> <p>“Sim, sei, tenho de ver nos panfletos que me deu.” E2; E8; E7;</p> <p>“Sei! A “Sim, sei que temos uma associação, não só para DPOC, mas também para outras doenças respiratórias” E9;</p> <p>“Sim, a associação portuguesa de pessoas com DPOC e outras doenças respiratórias é a RESPIRA.” E10.</p>
Sentimentos face à Doença	Medo	<p>“Eu vou fazer 70 anos e sinto que vou morrer asfixiada! ...” E7;</p> <p>“... é uma doença ... que assusta por poder piorar com o passar dos anos...” E9;</p> <p>“Tenho medo que a falta de ar aumente.” E10.</p>
	Preocupação	<p>“A DPOC é uma doença que me preocupa...” E10</p>
	Sofrimento	<p>“...sofro muito, tenho esta falta de ar...tusso 5 minutos seguidos...não gosto de incomodar os outros...” E7;</p>

Reconhecimento do papel do Enfermeiro de Reabilitação	Educação para a Saúde	<p>“A enfermeira já contribuiu, porque me ensinou várias coisas, que ajudaram a compreender a minha doença...As sessões... Senti que me fizeram bem.” E1;</p> <p>“Sei que me pode ajudar, informando-me sobre a minha doença e ensinando-me a lidar com a doença...sei que me ajudam a respirar melhor e não só, são especialistas...podem ajudar-me em todo o processo da minha doença.” E2;</p> <p>“...vocês como especialistas podem ajudar-nos a lidar com a nossa doença...é bom saber que temos quem nos ajude...Eu aprendi várias coisas sobre a minha doença...” E3;</p> <p>“Tudo o que... nos ensinou nas sessões foi uma mais valia... foi benéfico... estou aqui, porque acredito naquilo que a Sr.ª enfermeira como especialista me diz e me ensina... venho a todas as sessões... porque sei que aprendo e me ajuda a lidar com a minha doença.” E4;</p> <p>“Estou contente, por saber que posso contar com os enfermeiros especialistas de reabilitação.” E4;</p> <p>“...ajudam-nos a manter a nossa saúde, informam-nos, ajudam a evitar que nossa doença se agrave e atenuar os sintomas da doença...ensinam-nos exercícios muito importantes para a nossa doença...espero poder continuar a contar consigo.” E5;</p> <p>“...agora já sei o que estava a fazer mal, aprendi muito. Já sei que posições posso usar se tiver falta de ar e que exercícios fazer. Eu já sei quando precisar de fazer ginástica respiratória estes especialistas me ajudam... Até na importância da sexualidade a enfermeira falou... foi bom para desconstrair e para compreendermos que é uma coisa normal...” E6;</p> <p>“Como são especialistas, como estudaram muito podem ajudar-me com os conhecimentos que tem e podem ensinar-me várias técnicas. Estes profissionais são uma mais valia, é bom saber que tenho o apoio destes profissionais.” E7;</p> <p>“Foi muito bom, foi muito importante...se houverem mais sessões eu vou...” E7.</p> <p>“Foi muito bom ter tido a possibilidade de compreender melhor a minha doença...” E9</p> <p>“Se tem esse estatuto só posso esperar que sejam profissionais com quem posso contar e em quem confiar. ...podem ajudar-me a adquirir conhecimentos sobre a minha doença e outras doenças e posso contar com eles para realizar exercícios, respiratórios e não só...” E8;</p> <p>“Fico muito agradecido porque fiquei com muitas ideias... aprendi muito sobre a minha doença” E8;</p> <p>“...estes profissionais ...podem ajudar-me a compreender a minha doença e a trata-la... foi sem dúvida uma mais valia! Finalmente deixei de fumar e agora já sei como me cuidar e quem me pode ajudar. Se houverem mais sessões pode contar comigo...” E9;</p> <p>“...estes profissionais tem um papel muito importante na ajuda das pessoas com DPOC e também noutras doenças...tem conhecimentos e habilidades que adquiriram na especialidade, tendo capacidades para ajudar</p>
---	-----------------------	--

			<p>na reabilitação das pessoas. Esta reabilitação pode ser respiratória ou motora.... É muito bom saber que existem estes profissionais...” E10.</p> <p>“ O mais importante foi a “bagagem” que ganhei para lidar com a DPOC... foi bom conviver e trocar ideias com outras pessoas com a mesma doença. “E10</p> <p>“...um dos mitos é a sexualidade...os doentes com DPOC podem ter uma sexualidade ativa...basta seguir os conselhos...que nos ensinou...” E13.</p>
--	--	--	---

	Treino de exercícios de reabilitação respiratória	<p>“Faço ginástica respiratória agora em casa também repito os exercícios de respiração. Com vassoura levanto e baixo os braços e respiro; uso também um saco de arroz... tenho me sentido muito melhor...” E1;</p> <p>“... faço como me ensinou e respiro corretamente...com as técnicas de inspirar e expirar bem.” E2;</p> <p>“Faço os exercícios de respiração de encher o ar, cheirar a flôr e deitar o ar fora, soprar a vela. Na ginástica em casa... também faço como me ensinou...na piscina levanto e baixo os braços, mas sempre com calma e com as técnicas como nós fizemos aqui na ultima sessão.” E3;</p> <p>“Faço os exercícios da respiração de encher o ar, cheirar a flôr e deitar o ar fora, soprar a vela, com os lábios semicerrados. ...ajudam-me na DPOC, mas também a estar mais calmo e não subir as minhas tensões.” E4;</p> <p>“Faço em frente ao espelho vários exercícios para ver se tenho uma postura correta. Uso um pau de vassoura, um saco arroz que coloco na barriga ... um lençol e faço os exercícios respiração...temos de respirar com calma e deitar o ar fora, porque temos muito ar dentro de nós ...” E4;</p> <p>“Faço os exercícios de respiração que aprendi e uso também o cabo de vassoura e 1 kilo de arroz. O cabo de vassoura uso para fazer de bastão, deitada faço exercícios de braços e coloco o arroz na barriga... sei tenho de manter uma boa postura, para respirar melhor e não ficar com lesões.” E5;</p> <p>“Faço aqueles exercícios respiração de encher o ar pelo nariz e sair pela boca, para me acalmar.E sei que tenho de ter uma postura correta para respirar melhor”E6</p> <p>“Muitas vezes de noite para ajudar a dormir faço exercícios respiratórios para me acalmar.” E7</p> <p>“Todos os exercícios que nos ensinou nas sessões eu fiz e faço quando é necessário e ajudam-me muito. Os que mais pratico são aqueles exercícios da respiração de encher o ar pelo nariz e sair pela boca, que me ajudam nas tarefas e... a me acalmar e respirar melhor.” E7;</p> <p>“Faço a maioria dos exercícios... de inspirar e expirar calmamente com os lábios semicerrados, tenho em casa um cabo de vassoura que uso para fazer exercícios de respiração e trabalhar braços e uso saco de arroz que coloco na barriga. Estes exercícios são uma mais valia. “E8;</p> <p>“Faço os exercícios de respiração, de encher o ar pelo nariz e deitar fora pela boca. Também faço exercícios em frente espelho, onde observo a minha postura.” E9;</p> <p>“Faço ginástica respiratória em casa, como aprendi nas sessões. Faço os exercícios de respiração. Com bastão que tenho da licenciatura, levanto e baixo os braços e respiro; uso também um saco de caroços de cereja para respiração abdominal. Comprei faixas elásticas para fazer exercícios e bolas ténis para relaxar.” E10</p>
--	---	---

	Técnicas de conservação de energia	<p>“Sim, é respirar para não me cansar tanto e é não querer fazer tudo ao mesmo tempo. Agora coloquei o estendal da roupa ao meu nível, para não me cansar tanto. Como a enf.^a me ensinou tenho de me poupar.” E1;</p> <p>“Não devo trabalhar tanto, devo dividir as tarefas...” E1;</p> <p>“São técnicas que podemos usar para não me cansar tanto e não gastar tanta energia, para respirar melhor” E2; E4; E7; E9; E10;</p> <p>“Quando estou a fazer esforços faço como me ensinou...respiro fundo com as técnicas que me ensinou.” E2;</p> <p>“...não preciso de fazer tudo ao mesmo tempo. Devo fazer as tarefas de modo a me cansar pouco.” E2;</p> <p>“Sim, eu nunca faço esforços, quando tenho de ir buscar algo que está alto, peço alguém para me chegar. Uso e ajudo quando as coisas estão ao meu nível. E sei que há técnicas para não me cansar tanto.” E3;</p> <p>“...lá em casa não limpamos a louça, fica a escorrer ... é um esforço desnecessário.” E4; E6; E8; E10;</p> <p>“Faço por ter as coisas que uso no meu dia a dia ao meu alcance e as que raramente uso é que estão no alto. Quando subo as escadas ou varro a casa uso a técnica de deitar o ar fora no esforço” E4;</p> <p>“... são técnicas que ajudam a não gastar energia...peço minha esposa para subir e me trazer os objetos que me estão mais altos, que ela respira melhor que eu! Divido as tarefas e evito esforços. Se faço esforços, respiro como me ensinou.” E5;</p> <p>“Sei que tenho de me poupar, de gastar pouca energia, para respirar melhor...noutro dia precisei de um tacho que estava numa estante muito alta e a minha esposa foi buscar” E6;</p> <p>“...no meu trabalho já sei que não posso fazer tudo ao mesmo tempo...agora temos muitos equipamentos que fazem o trabalho por nós.” E6;</p> <p>“...na minha casa para não me cansar tanto, dividir as tarefas e fazer por etapas. A subir as escadas também sei que tenho de usar as técnicas respiratórias.” E7;</p> <p>“... são técnicas que nos ajudam, por exemplo a calçar os sapatos, assim alçando a perna não me canso tanto. Sei que posso parar e respirar fundo quando fizer alguma tarefa que implique esforço...” E8;</p> <p>“Eu quando subo escadas uso estas técnicas para não me cansar tanto.” E9;</p> <p>“Eu faço as tarefas mais cansativas de manhã, que é quando estou com vitalidade, poupando-me mais à tarde...já aprendi que tenho de fazer as tarefas domésticas por etapas...” E10;</p> <p>“... posso fazer atividades como descascar batatas ou favas sentada com os braços apoiados.” E10;</p> <p>“A fazer caminhadas ou a aspirar ou subir escadas sei que devo parar, fazendo uma correta respiração, inspiro pelo nariz, paro e expiro pela boca no esforço.” E10.</p>
--	------------------------------------	--